



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO CONTEMPORÂNEA

PEDRO BRANDÃO DA COSTA NETO

**O DISCURSO DOS/AS MÉDICOS/AS ACERCA DE SUAS FORMAÇÕES -
Uma análise da proposta formativa do curso de medicina do Centro Acadêmico do
Agreste da UFPE**

Caruaru
2023

PEDRO BRANDÃO DA COSTA NETO

**O DISCURSO DOS/AS MÉDICOS/AS ACERCA DE SUAS FORMAÇÕES -
Uma análise da proposta formativa do curso de medicina do Centro Acadêmico do
Agreste da UFPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Contemporânea da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Contemporânea. Área de concentração: Educação.

Orientador: Prof^o. Dr. Saulo Ferreira Feitosa.

Caruaru

2023

Catálogo na fonte:
Bibliotecária – Nasaré Oliveira - CRB/4 - 2309

C837d Costa Neto, Pedro Brandão da.
O discurso dos/as médicos/as acerca de suas formações: uma análise da proposta formativa do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE. / Pedro Brandão da Costa Neto. – 2023.
133 f.; il.: 30 cm.

Orientador: Saulo Ferreira Feitosa.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CAA, Programa de Pós- Graduação em Educação Contemporânea, 2023.
Inclui Referências.

1. Médicos - Formação. 2. Integralidade em saúde. 3. Lógica médica. 4. Método de ensino. 5. Saúde Pública. I. Feitosa, Saulo Ferreira (Orientador). II. Título.

CDD 370 (23. ed.) UFPE (CAA 2023-109)

PEDRO BRANDÃO DA COSTA NETO

**O DISCURSO DOS/AS MÉDICOS/AS ACERCA DE SUAS FORMAÇÕES -
Uma análise da proposta formativa do curso de medicina do Centro Acadêmico do
Agreste da UFPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Contemporânea da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Contemporânea. Área de concentração: Educação.

Aprovada em: 07/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Conceição Gislane Nóbrega Lima de Salles (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Nara Miranda Portela (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Àqueles/as médicos/as que, com amor, sensibilidade e compromisso social, se dedicam a cuidar e a promover VIDAS.

Ao professor Sandro Salles que, com poucas, mas confortantes palavras, me convenceu a me dar uma segunda chance.

Ao professor Saulo Feitosa, pela inestimável generosidade e sensibilidade e por respeitar o meu processo, sem hesitar em um só momento. Não fosse ele, esse trabalho, novamente, não seria concluído.

À minha mãe Zefinha, que tanto me ensina sobre amor e generosidade, sem dizer uma palavra. Meu amor maior!

À minha irmã Fátima, que não está mais nesse plano, mas permanece viva nos meus sonhos e na minha memória, com seu sorriso e sua alegria, INESQUECÍVEIS! É tão estranho... Os bons morrem jovens... Assim parece ser quando me lembro de você...

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO... A todas as forças da natureza, materiais e imateriais, exatas e inexatas, compreendidas ou não, que possibilitam a minha/nossa existência.

A todas as pessoas que contribuíram com esse trabalho e me deram forças para perseverar e concluir esse importante ciclo da minha vida.

À minha família, que, apesar das diferenças, permanece unida, sendo fortaleza nos momentos mais necessários; à minha irmã Neide, pelo amoroso e cuidadoso papel de segunda mãe assumido junto aos irmãos mais novos; ao meu irmão Ivanilson e a minha irmã Rozeilma, por serem exemplo de bondade e generosidade; e aos meus sobrinhos Gabriel e Vitória, por terem aquecido meu coração durante a construção desse trabalho e por simbolizarem a continuidade da família.

A todos/as os/as amigos/as que me ofereceram um colo, um ombro, um alento, nos momentos mais difíceis e me trouxeram alegria quando mais precisei.

Aos/às médicos/as participantes da pesquisa, pela disponibilidade e generosidade em contribuir com esse estudo.

À professora Conceição, pela partilha de tanta sabedoria e por enxergar tantos sentidos nesse trabalho e na vida.

À professora Nara, pelo olhar perspicaz e pela contundente dedicação em contribuir com esse trabalho.

À professora Anna, pelas contribuições embrionárias a esse trabalho e pelos ensinamentos durante as vivências no PET Infoinclusão.

Aos/às amigos/as do PET Infoinclusão, por tantas alegrias e aprendizados compartilhados. Cada um sabe o quando foi/é importante para mim e meus processos formativos; Menção honrosa a minha maior parceira acadêmica, Manu, que teve importância fundamental na construção desse trabalho.

Aos amigos e colegas da graduação no CAA, por tanto terem contribuído para minha formação, acadêmica e humana, e compartilhado importantes alegrias e descobertas.

Aos amigos e colegas do PPGEDuc, pela força compartilhada no enfrentamento dos desafios da Pós-Graduação, especialmente à July e a Willian, pelo importante incentivo.

Aos/às professores/as que participaram da minha jornada estudantil e acadêmica e me ensinaram a ter humildade para cantar, e cantar, e cantar a beleza de ser um eterno aprendiz.

A todos e a todas, muito obrigado!

E aprendi que se depende sempre
de tanta, muita, diferente gente.
Toda pessoa sempre é as marcas
das lições diárias de outras tantas pessoas.

(CAMINHOS..., 1982).

RESUMO

No campo epistemológico das Ciências da Saúde circulam duas principais tendências discursivas que têm orientado as propostas formativas dos cursos de medicina no Brasil e no mundo. A primeira, articulada aos pressupostos positivistas do relatório Flexner, concebe uma formação médica centrada na doença e no hospital, sendo adepta à especialização precoce de médicos/as na graduação e a fragmentação do estudo do corpo e das áreas da medicina. Assim, inscrito sob uma lógica biomédica, sem alia a ideia de que o social, o público e o coletivo não se constituem como implicadores em processos de saúde-doença. A segunda tendência discursiva, por sua vez, baseada nos pressupostos do paradigma da integralidade, inscreve-se na ideia de indissociabilidade entre corpo, mente e sociedade no processo de promoção da saúde e propõe a formação de médicos/as generalistas para atuação nos diversos tipos de atenção. Apresenta, ainda, formações discursivas que suscitam integração curricular e métodos de ensino ativos, focados no aluno, que proponham desenvolver autonomia intelectual e capacidade de autoformação nos/as médicos/as, bem como compreensão integral dos processos de saúde-doença. Diante do exposto, no intuito de oferecer contribuições epistêmicas para as discussões que vêm sendo travadas em torno da proposta formativa do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste (CAA) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a presente pesquisa objetivou compreender os significados que os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do CAA/UFPE atribuem aos seus processos formativos na graduação. A perspectiva teórico-metodológica da pesquisa é a Análise de Discurso (AD), baseada na corrente francesa de Michel Pêcheux. Os resultados apontam que a forma como os/as médicos significavam suas formações foi sendo alterada no decorrer da graduação, havendo uma ressignificação acerca a ideia do que é medicina e uma aproximação ideológica dos/as egressos às perspectivas do paradigma da integralidade. Isso porque seus discursos acerca de suas atuações dão indícios de que passaram a conceber a importância do trabalho integral em saúde, a partir da consideração das dimensões biológicas, mentais, sociais, políticas e espirituais no processo de saúde-doença. No que se refere aos sentidos que os/as médicos atribuem a perspectiva curricular e metodológica adotada pelo curso, os discursos apontam que a adesão foi fundamental para a formação de profissionais proativos, com satisfatório domínio de habilidades clínicas, operacionais, de comunicação e de trabalho em equipe. Emerge dos discursos, no entanto, a demanda por práticas educativas que, de forma concomitante às já adotadas, proponham maior domínio científico das áreas básicas da medicina. A inserção dos/as egressos/as no Sistema Único de Saúde do município de Caruaru desde o primeiro ano da graduação, por sua vez, é apontada como revolucionária e fundamental para o processo de qualificação profissional dos/as médicos/as e compressão das necessidades da saúde pública brasileira.

Palavras-chave: Formação médica. Lógica biomédica. Integralidade em saúde. Métodos ativos de ensino. Saúde pública.

ABSTRACT

In the epistemological field of Health Sciences, two main discursive trends circulate that have guided the training proposals of medical courses in Brazil and worldwide. The first, articulated with the positivist assumptions of the Flexner Report, conceives medical training centered on the disease and the hospital, adhering to the early specialization of physicians in graduation and the fragmentation of the study of the body and the areas of medicine. Thus, inscribed under a biomedical logic, it does not combine the idea that the social, the public, and the collective are not constituted as implicators in health-disease processes. The second discursive trend, in turn, based on the assumptions of the integrality paradigm, is part of the idea of inseparability between body, mind, and society in the health promotion process and proposes the training of general practitioners to work in the different types of attention. It also presents discursive formations that raise active and interdisciplinary teaching methods, focused on the student, that propose to develop intellectual autonomy and capacity for self-training in physicians, as well as a comprehensive understanding of health-disease processes. In view of the above, to offer epistemic contributions to the discussions held around the training proposal of the medical course at the Academic Center of the wild (CAA) of the Federal University of Pernambuco (UFPE), this research aimed to understand the meanings that physicians who graduated from the medical course at CAA/UFPE attribute to their training processes at graduation. The theoretical-methodological perspective of the research is Discourse Analysis (DA), based on the French current of Michel Pêcheux. The results indicate that the way in which doctors gave meaning to their training was altered during graduation, with a re-signification of the idea of what medicine is and an ideological approximation of graduates to the perspectives of the integrality paradigm. This is because their speeches about their actions indicated that they began to conceive the importance of integral work in health, considering the biological, mental, social, political, and spiritual dimensions in the health-disease process. Concerning the meanings that doctors attribute to the curricular and methodological perspective adopted by the course, the speeches point out that adherence was fundamental for the formation of proactive professionals, with satisfactory mastery of clinical, operational, communication, and teamwork skills. What emerges from the speeches, however, is the demand for educational practices that, concomitantly with those already adopted, propose greater scientific mastery of the basic areas of medicine. The inclusion of graduates in the Unified Health System in the municipality of Caruaru since the first year of graduation, in turn, is seen as revolutionary and fundamental for the process of professional qualification of physicians and understanding the needs of Brazilian public health.

Keywords: Medical training. Biomedical logic. Integrality in health. Active teaching methods. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Campanha contra abertura de novos cursos de Medicina.....	37
Figura 2 –	Etapas do arco de Maguerez.....	64
Quadro 1 –	Trabalhos Banco de Teses CAPES.....	118
Quadro 2 –	Trabalhos Banco de Teses CAPES.....	118
Quadro 3 –	Trabalhos Banco de Teses CAPES.....	120
Quadro 4 –	Trabalhos Banco de Teses CAPES.....	122
Quadro 5 –	Trabalhos Banco de Teses CAPES.....	123
Quadro 6 –	Trabalhos Banco de Teses CAPES.....	125
Quadro 7 –	Trabalhos Revista Brasileira de Educação Médica.....	127
Quadro 8 –	Trabalhos Revista Brasileira de Educação Médica.....	128
Quadro 9 –	Trabalhos Revista Brasileira de Educação Médica.....	130
Quadro 10 –	Trabalhos Revista Brasileira de Educação Médica.....	131

LISTA DE SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AD	Análise do Discurso
ANPED	Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação
CAA	Centro Acadêmico do Agreste
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
GPEINFO	Grupo de Pesquisa e Estudos sobre Infoinclusão Docente
IES	Instituição de Ensino Superior
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
PET	Programa de Educação Tutorial
PBL	Problem Based Learning
PNH	Política Nacional de Humanização
RBEM	Revista Brasileira de Educação Médica
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TDIC	Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação
UNICAMP	Universidade de Campinas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	17
1.2	PLANO DE CAPÍTULOS.....	17
2	ANÁLISE DE DISCURSO COMO LENTE TEÓRICO-METODOLÓGICA	19
3	EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA: HISTÓRICO, TENDÊNCIAS E PESQUISAS.....	27
3.1	RELATÓRIO FLEXNER E PARADIGMA DA INTEGRALIDADE.....	32
3.2	PESQUISAS SOBRE FORMAÇÃO MÉDICA.....	40
3.2.1	Banco de Teses da CAPES.....	42
3.2.2	Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM).....	45
4	A PROPOSTA FORMATIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UFPE/CAA E CONTEXTOS PROBLEMATIZADORES.....	48
4.1	CONCEITUANDO METODOLOGIAS ATIVAS, PBL E PROBLEMATIZAÇÃO.....	58
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	69
5.1	ABORDAGEM DE PESQUISA.....	69
5.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	70
5.3	PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DOS DADOS.....	72
5.4	PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	73
6	OS DISCURSOS DOS/AS MÉDICOS/AS SOBRE A PRÓPRIA FORMAÇÃO PRODUZINDO SENTIDOS.....	75
6.1	PARADIGMAS EM DISPUTA NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO MÉDICA.....	75
6.1.1	A medicina é o mundo... ela não é hospitalar... não é você saber fazer cirurgia... ela vai muito além disso.....	75
6.1.2	Relação médico-paciente: um encontro de dois especialistas.....	83

6.2	OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS A PERSPECTIVA CURRICULAR E METODOLÓGICA DO CURSO FRENTE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS/AS MÉDICOS/AS.....	86
6.2.1	Na medicina tem muito essa característica de sugar muito o aluno, como se fosse uma cultura, uma construção social.....	86
6.3	INTEGRAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO SUS E A GRANDE REVOLUÇÃO DA IDEIA DO QUE É MEDICINA.....	95
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS.....	104
	APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE SELEÇÃO.....	110
	APÊNDICE II – RESUMO DAS RESPOSTAS DO FORMULÁRIOS.....	112
	APÊNDICE III – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	116
	APÊNDICE IV – QUADROS ESTADO DA ARTE.....	118

1 INTRODUÇÃO

No âmbito das discussões contemporâneas sobre educação e sobre processos formativos, somos colocados diante de pesquisas e debates desenvolvidos no intuito de oferecer respostas para os vários questionamentos que circundam o trabalho das instituições de ensino nas sociedades ocidentais. Qual a finalidade de um processo formativo? Para quê e como ensinar? Como se desenvolvem as aprendizagens? Qual o papel do professor? E do aluno? Quem é responsável pelo sucesso, ou não, da formação?

Tais questionamentos recebem respostas e/ou interpretações diferentes em cada contexto histórico e o conceito de educação é constantemente ressignificado, isto na medida em que os estudos no campo da didática, da psicologia, da sociologia, da filosofia, da antropologia, entre outros, visualizam formas outras de conceber a construção de conhecimentos e sua relevância para as práticas sociais. Isso significa dizer que a educação está em constante processo de transformação e recebe contribuições das ciências humanas e sociais que se prestam a pensá-la a partir de seus objetos de estudo e das configurações sociais vigentes (MARCON e PIAIA, 2014).

Assim, refletir e pesquisar sobre educação se coloca como um exercício de articulação entre diversas áreas do conhecimento que precisa estar em consonância com a realidade sociocultural contemporânea, tendo o pesquisador que estar ciente das implicações dela para o seu objeto de estudo, bem como das possíveis contribuições de sua pesquisa para compreensão e transformação da realidade (GHEDIN E FRANCO, 2008).

Mediante contato com essas discussões sobre processos educativos, no âmbito de minha formação acadêmica na graduação, desenvolvi curiosidade em conhecer projetos que fossem inovadores, no sentido de romper com os modelos de educação unidirecionais e de propor alternativas, através de métodos ativos de ensino, para promoção de aprendizagens mais significativas nos espaços educativos.

Nesse processo, tomei ciência de que o curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE representava campo fértil para desenvolvimento de pesquisas sobre educação, uma vez que apresentava perspectivas pioneiras acerca da formação médica e que estavam sendo alvo de polêmicos debates no contexto acadêmico.

Inaugurado em 2014, o curso realiza anualmente a matrícula de 80 estudantes e objetiva formar médicos/as generalistas com múltiplas competências e habilidades para prestar cuidado integral ao ser humano. Assim, apresenta uma proposta articulada a métodos

ativos de ensino-aprendizagem, notadamente ao da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Além disso, propõe a construção de radical compromisso social dos/as médicos na graduação, sobretudo com o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), inserindo, precocemente, os graduandos na rede pública de saúde de Caruaru desde o início da graduação. Nesse processo, distancia-se dos cursos de medicina tradicionais, o que fez com que fosse recebido com receios por parte da comunidade de estudantes.

Importa compreender que medicina, durante muito tempo, esteve, de forma hegemônica, imersa no modelo de formação positivista proposto pelo relatório Flexner, publicado no ano 1910 e baseado no ideário de que somente o conhecimento científico pode ser válido, sendo legitimado por processos de observação e experimentação (PAGLIOSA e ROS, 2008). Tal ideário, com seu enfoque cientificista e descaso às abordagens humanistas, acabava por desconsiderar os saberes advindos de outros contextos sociais, não reconhecendo a promoção da saúde em sua integralidade (NEVES et. al, 2005; MITRE et al, 2008).

Diante disso, assistia-se à fragmentação do estudo médico do corpo e, como consequência, à fragmentação das áreas dos saberes no trato com a saúde, o que ao passo que possibilitava o avanço da medicina, no âmbito de seus estudos microscópicos, também acarretava em um processo de desconsideração do ser humano como dono de um corpo com estruturas complexas e que responde a estímulos não apenas biológicos, mas também psíquicos e sociais (PAGLIOSA e ROS, 2008).

Em contraposição ao modelo de Flexner, surge, nesse processo, 40 anos depois, o paradigma da integralidade, que se constitui pelo ideário de indissociabilidade entre corpo, mente e sociedade nos processos de promoção da saúde, opondo-se à lógica biomédica flexneriana focada na doença e ampliando as possibilidades de construção de conhecimentos, com direcionamento mais humanitário. Assim, surge para propor consistentes reestruturações nas escolas de medicina (LAMBERT, 2001).

A partir desse contexto, passava a circular no campo epistemológico das Ciências da Saúde duas principais tendências discursivas que orientariam as propostas formativas dos cursos de medicina, no Brasil e no mundo, até os dias atuais. A primeira, articulada aos pressupostos de Flexner, concebe uma formação médica centrada na doença e no hospital, sendo adepta a especialização precoce de médicos/as na graduação e a fragmentação do estudo do corpo e das áreas da medicina. Assim, inscrita sob uma lógica biomédica, se alia a ideia de que o social, o público e o coletivo não se constituem como implicadores em processos de saúde-doença (PAGLIOSA e ROS, 2008). Ancora-se, ainda, ao ideário de

elitização da profissão médica, responsável por supervalorizar o prestígio social dos médicos e, muitas vezes, pela tentativa de restrição da oportunidade de acesso aos cursos de medicina às camadas sociais economicamente mais favorecidas (PIERUCCI, 2007).

A segunda, por sua vez, baseada nos pressupostos da integralidade, assenta-se na ideia de que o trabalho em promoção de saúde precisa, necessariamente, considerar as dimensões biológicas, mentais, sociais, políticas e espirituais do processo de saúde-doença. Assim, é favorável a formação de médicos/as generalistas para atuação nos diversos tipos de atenção e suscita aos cursos de medicina integração curricular e métodos de ensino ativos, focados no aluno, que proponham desenvolver autonomia intelectual e capacidade de autoformação nos/as médicos/as, bem como compreensão integral dos processos de saúde-doença (LAMBERT, 2001).

Isto posto, no intuito de oferecer contribuições epistêmicas para as discussões que vêm sendo travadas em torno da proposta do curso de Medicina da UFPE/CAA, que se filia a essa segunda tendência de formação, definimos como questão central dessa pesquisa a seguinte indagação: como os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE, significam seus processos formativos?

Por apresentar questões inovadoras acerca da formação médica, pressupúnhamos que o curso seria significado de forma positiva por parte da comunidade médica e, ao mesmo tempo, rechaçado por outra, que poderia classificar sua proposta como inconsistente para satisfatória formação dessa categoria profissional.

A perspectiva teórico-metodológica da pesquisa é a Análise de Discurso (AD), baseada na corrente francesa de Michel Pêcheux. Entendemos ser essa a mais adequada para o que se colocava como questão de pesquisa uma vez que, como aponta Pêcheux (2014), dispõe um olhar mais atento para as falas dos sujeitos, procurando identificá-las dentro de um contexto social e histórico, o que é imprescindível para identificação dos sentidos revelados no discurso.

Pesquisar como significam, ou, em outras palavras, que sentidos os/as médicos/as atribuem à sua formação, adquire relevância acadêmica uma vez que consideramos ser pertinente conhecer os discursos sobre os paradigmas da formação médica que circulam na sociedade e exercem influência sobre a forma como os/as médicos/as valoram sua formação acadêmica inicial. Além disso, poderão ser geradas discussões nos cursos de medicina sobre formas de superar dificuldades e desafios, identificados no discurso dos/as médicos/as acerca

da proposta que lhes foi oferecida, dada a importância de serem ouvidos/as já que foram os protagonistas do processo educativo na graduação.

A propósito, da relevância acadêmica da pesquisa decorre a relevância social, que entendemos estar presente nessa investigação. Uma vez que a pesquisa foi desenvolvida no âmbito de um curso de medicina pertencente a uma Unidade de Interiorização de uma Universidade Pública, dada a realidade histórica de cursos com esse porte serem sediados pelas capitais, poderá ter produzido conhecimentos pertinentes para configuração do curso enquanto patrimônio da população interiorana, que, com a instalação do mesmo, recebe reforço importante para formação de médicos/as da região.

Além disto, a reflexão sobre os processos formativos no âmbito da formação médica torna-se pertinente socialmente uma vez que o processo formativo na graduação é o embrião para construção da profissionalidade dos/as médico/as e a autoavaliação de suas competências produzirá efeitos nas suas práticas. Assim, um/a médico/a que não acredita na qualidade de sua formação, poderá ter mais dificuldades em lidar com as inúmeras decisões da profissão, como por exemplo, sentir-se inseguro/a do próprio diagnóstico que faz e do tratamento que indica. Também poderá ser tímido e/ou indeciso na tomada de decisões vitais para saúde de seu paciente e, finalmente, poderá, sentir-se inferiorizado/a diante de colegas que se formaram em cursos tradicionais.

Nesse contexto, cabe fazer uma reflexão acerca do contexto de instabilidade social e calamidade pública de saúde instaurado com a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, em 2020. Inegavelmente, os profissionais de saúde em atuação enfrentaram um dos maiores desafios de suas carreiras, tendo sido emergente a resignificação de várias práticas e protocolos médicos, em um cenário de superlotação de leitos hospitalares, insalubridade intensa no ambiente de trabalho, milhares de mortes diárias, ausência de estruturas e insumos para prestação de assistência a pacientes e angustiante contexto de isolamento social. Isso somado a um estado coletivo de luto, insegurança nos tratamentos indicados, ansiedade, medo de contaminação e dificuldades em lidar com os diversos aspectos envolvidos no enfrentamento da pandemia.

Essa conjuntura ensejou novas reflexões acerca do fazer médico e das concepções sobre a promoção de saúde e atuação profissional no campo da medicina, tornando-se ainda mais pertinente refletir se as propostas formativas direcionadas aos profissionais de saúde os preparam para atuarem nos mais diversos contextos e no âmbito de grandes adversidades, que

estão para além do tratamento isolado de doenças, e para lidar com as configurações sociais, em constante processo de transformação.

No que se refere a relevância pessoal desse estudo, para além daquela social, que também me afeta, compreendo que durante o processo de sistematização do trabalho me foi ofertada a oportunidade de entrar, com maior veemência, em contato com o universo da pesquisa educacional e de relacionar conhecimentos construídos por meio da minha formação como pedagogo e vivência nos componentes curriculares do Mestrado em Educação, ao qual essa pesquisa se vincula, com os conhecimentos pertinentes ao meu objeto de estudo nesta dissertação.

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo geral: Compreender os significados que os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE atribuem aos seus processos formativos na graduação.

Objetivos específicos:

- Identificar a quais efeitos de discurso os/as médicos/as estão alinhados, no tocante aos paradigmas da formação médica.
- Caracterizar os sentidos que os médicos atribuem a perspectiva curricular e metodológica adotada pelo curso, a partir de suas atuações profissionais e/ou acadêmicas;
- Identificar se a integração dos/as estudantes no SUS desde o primeiro ano de formação contribuiu para compreensão do exercício da medicina no âmbito dos processos de promoção de saúde e compromisso social dos/as médicos/as com a saúde pública.

1.2 PLANO DE CAPÍTULOS

No que se refere a estruturação do trabalho, apresentamos, além desse capítulo introdutório, mais seis capítulos. No segundo capítulo tratamos sobre a perspectiva teórico-metodológica da pesquisa, baseada na Análise de Discurso, a partir de Michel Pêcheux. Já no terceiro, expomos as bases conceituais acerca da educação médica, sobretudo no Brasil,

apresentando um breve histórico sobre as duas principais tendências epistemológicas e educacionais que oferecem aporte teórico para as propostas de formação nos cursos de medicina, a saber: Paradigma Flexneriano e Paradigma da Integralidade. Além disto, apresentamos um levantamento, aos moldes de estado da arte, acerca de Teses, Dissertações e artigos que tratam sobre modelos de formação médica, no âmbito de suas perspectivas curriculares e metodológicas. Desta maneira, dirigimos atenção especial aos trabalhos que oferecem contribuições importantes para o nosso trabalho e oferecem um panorama dos discursos sobre formação médica circundantes nas produções acadêmicas do nosso país.

No quarto capítulo discorremos sobre a proposta formativa do curso de medicina que é referência de nossa pesquisa e que está orientado pelo Paradigma da Integralidade. Assim, fazemos uma explanação acerca dos objetivos e da perspectiva curricular e metodológica do curso, indicando algumas de suas filiações discursivas e o perfil do profissional que se pretende formar. No quinto capítulo, por sua vez, indicamos os caminhos da investigação, apresentando procedimentos, critérios e instrumentos para produção e análise de dados e participantes da pesquisa.

No capítulo seis apresentamos as análises e discussões dos dados da pesquisa, indicando os sentidos revelados no discurso dos/as médicos/as egressos/as da UFPE/CAA sobre seus processos formativos no curso de medicina ao qual estiveram vinculados na graduação. No sétimo capítulo, fazemos as considerações finais do trabalho, refletindo sobre os achados da pesquisa e sobre o que representam na reflexão acadêmica e social sobre a formação de médicos/as e suas vivências profissionais.

2 ANÁLISE DE DISCURSO COMO LENTE TEÓRICO-METODOLÓGICA

O aporte teórico-metodológico da pesquisa, como dito, é a Análise de Discurso, abordagem teórico-metodológica fundada por Michel Pêcheux, que parte dos domínios da linguística, do marxismo e da psicanálise, que juntas se constituem para este autor como um novo objeto passível de análise: o discurso.

A AD, como apontada por Guerra (2009), é inaugurada em 1969, a partir da publicação da obra *Análise Automática do Discurso (AAD)*, de Pêcheux e do lançamento da revista *Langages*, com organização de Jean Dubois. A AD surge, assim, de acordo com Guerra (2009), como um contraponto a duas tendências em evidência no campo da linguagem: o estruturalismo e a gramática gerativa transformacional.

Nesse contexto, a AD direciona uma atenção especial ao Sujeito que até então era descartado e sufocado pelos estudos linguísticos pautados no estruturalismo e que com AD passa a ser visto pelas lentes da psicanálise, sendo concebido, de acordo com Guerra (2009):

[...] como um sujeito descentrado, afetado pela ferida narcísica, distante do sujeito consciente, que se pensa livre e dono de si. Trata-se então de um sujeito desejante, sujeito do inconsciente, materialmente constituído pela linguagem e interpelado pela ideologia (p.5).

É a no âmbito dessa nova perspectiva de sujeito apontada por Guerra (2009) que se estabelece a crítica aos estudos linguísticos desenvolvidos a partir de uma ótica estruturalista. No que concerne à gramática gerativa transformacional, Guerra (2009) discorre que esta não se constitui propriamente por um rompimento com o estruturalismo e passa a ser estudada na França em 1967, por intervenção de Nicolas Ruwet que direciona atenção para os trabalhos de Noam Chomsky, considerados revolucionários para a época. Tais trabalhos, segundo Guerra (2009), propõem um corte da linguística com os aspectos culturais e sociais, ancorando-se a um paradigma cognitivista que pressupõe a desistoricização do sujeito, tratando a língua como um órgão mental.

É na discordância em compactuar com os pressupostos de Chomsky que ocorre a insurgência da AD via formulações teóricas de Pêcheux, direcionando atenção para historicidade do sujeito e para o inconsciente. De acordo com Guerra (2009):

Do ponto de vista político, a AD nasce, assim, na perspectiva de uma intervenção, de uma ação transformadora, que visa combater o excessivo formalismo linguístico então vigente, visto como uma nova facção de tipo burguês. Ao lado dessa tendência revolucionária, a AD busca desautomatizar

a relação com a linguagem, donde sua relação crítica com a lingüística. A rigor, o que a AD faz de mais corrosivo é abrir um campo de questões no interior da própria lingüística, operando um sensível deslocamento de terreno na área, sobretudo nos conceitos de língua, historicidade e sujeito, deixados à margem pelas correntes em voga na época (p. 06).

A AD, dessa forma, se constitui na tentativa de “compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história” (ORLANDI, 2010, p. 15). Dito de outro modo, a AD concebe o texto/enunciado não como um conjunto de signos abstratamente falados ou escritos e compreendidos por alguém que tenha domínio do vocabulário e das regras gramaticais da língua pela qual o texto é constituído, mas como um elemento discursivo carregado de sentidos que servem, de acordo com Orlandi (2010) tanto para comunicar quanto para não comunicar, estando à mercê das estratégias discursivas, conscientes ou inconscientes, do sujeito que o produz, de sua história e das condições de produção da linguagem. Ainda segundo Orlandi (2010):

A Análise de Discurso não trabalha com a língua enquanto um sistema abstrato, mas como a língua do mundo, com maneiras de significar, com homens falando, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos, seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade (p. 15 e 16).

Desta forma, a AD leva em consideração o dito expresso em palavras buscando compreender o não dito e os silenciamentos dos sujeitos da interlocução, analisando a forma como dizem o que dizem e os contextos em que os discursos são produzidos. Assim lida com o universo dos sentidos e das percepções dos sujeitos acerca dos fenômenos, entendendo que os enunciados estão sujeitos a tornarem-se outros, observados os contextos em que são produzidos. Como apontado por Pêcheux (2014):

Todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro, diferente de si mesmo, se deslocar discursivamente de sentido para derivar para um outro (a não ser que a proibição da interpretação própria ao logicamente estável se exerça sobre ele explicitamente). Todo enunciado, toda seqüência de enunciados é, pois, lingüisticamente descritível como uma série (léxicosintaticamente determinada) de pontos de deriva possíveis, oferecendo lugar à interpretação (PÊCHEUX, 2014, p. 53).

Desta maneira, o enunciado é produzido dentro de um contexto histórico e social e se constitui a partir das intenções discursivas dos sujeitos e das condições de produção da linguagem, tornando-se passível de ser interpretado por outros sujeitos. Esta interpretação, desta forma, se dará mediante a análise de um sujeito que também se encontra dentro de um

contexto histórico e social específico que exercerá influência sobre esta interpretação. Dito de outro modo, tanto o sujeito que externa o enunciado quanto o sujeito que o interpreta o fazem tomando como ponto de partida suas filiações ideológicas e os contextos discursivos em que estão inseridos. É nesse entremeio do sujeito que fala e do sujeito que escuta, entretanto, que podemos identificar um discurso.

Nesse prisma, na AD, a interpretação não se coloca como aquela que busca identificar o que está escondido por trás do enunciado, dito ou escrito, partindo da ideia que os sentidos se escondem por trás do texto ou da fala. Mas sim como mecanismo que precisa atravessar a opacidade que se faz presente no enunciado, não existindo, dessa forma, sentidos encobertos. Como apontado por Pêcheux (2014):

A análise de discurso não pretende se instituir em especialista da interpretação, dominando “o” sentido dos textos, mas somente construir procedimentos expondo o olhar-leitor a níveis opacos à ação estratégica de um sujeito (tais como a relação discursiva entre sintaxe e léxico no regime dos enunciados, como o efeito do interdiscurso induzido nesse regime, sob a forma do não-dito que aí emerge, como discurso outro, discurso de um outro ou discurso do Outro (p. 291).

Nesta direção, na perspectiva da AD, segundo Guerra (2009), o sujeito é atravessado pela ideologia e pelo inconsciente e isso pressupõe não mais a ideia de um sujeito do cogito, uno, mas sim de um sujeito cindido, clivado, descentrado, que não se constitui como a origem dos discursos que anuncia. De acordo com este autor:

Essas questões apontam para o fato de que, na constituição do sujeito do discurso, intervêm dois aspectos: primeiro, o sujeito é social, interpelado pela ideologia, mas se acredita livre, individual e, segundo o sujeito é dotado de inconsciente, contudo acredita estar o tempo todo consciente. Afetado por esses aspectos e assim constituído, o sujeito (re)produz o seu discurso (GUERRA, 2009, p. 7).

A propósito, a ideia de discurso, de acordo com Pêcheux (2014), não se constitui como sinônimo de fala, como aquilo que o sujeito individual verbaliza. O discurso é concebido, nessa perspectiva, como um elemento sócio-histórico marcado por sentidos e inscrito na ideologia. Segundo Narzetti (2010), Pêcheux propõe que o discursivo seja entendido como uma das formas da materialidade das ideologias. É, portanto, um objeto carregado por uma historicidade de dizeres e por filiações ideológicas e intencionalidades a respeito daquilo que se pretende comunicar, conscientemente, como também daquilo que não se pretende comunicar, mas que se comunica pelos deslizos do inconsciente. De acordo com Foucault

(2008), de quem Pêcheux toma emprestada a ideia de formação discursiva, o discurso é visto como:

Um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram em uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa” (p. 43).

Desta maneira, segundo Foucault (2011), o discurso se estabelece como um conjunto de enunciados inscritos em uma mesma formação discursiva e se constitui por interdiscursos. A título de esclarecimento acerca do significado do termo interdiscurso, este corresponde, de acordo com Guerra (2009) e Maingueneau (2013), a ideia de que os discursos se constituem a partir de outros discursos já existentes e que fazem sentido a partir do contexto sócio-histórico em que o indivíduo que verbaliza o enunciado discursivo está inserido. Assim, “todo discurso produz sentidos a partir de outros sentidos já cristalizados na sociedade” (GUERRA, 2009, p. 7). Para Pêcheux, nas palavras de Orlandi (2012), o discurso é definido “como sendo efeito de sentidos entre locutores, um objeto sócio-histórico em que o linguístico está pressuposto. Ele critica a evidência do sentido e o sujeito intencional que estaria na origem do sentido (p.11).

Assim, de acordo com Pêcheux (2014), quando um sujeito verbaliza um discurso ele o faz tomando como ponto de partida discursos que já foram proferidos anteriormente, em outros contextos, mas que são esquecidos por ele, fazendo com que tenha a pseudoideia de que seu discurso é inédito. Segundo Orlandi (2012):

As palavras não são só nossas. Elas significam pela história e pela língua. O que é dito em outro lugar também significa nas ‘nossas’ palavras. O sujeito diz, pensa que sabe o que diz, mas não tem acesso ou controle sobre o modo pelo qual os sentidos se constituem nele. Por isso é inútil, do ponto de vista discursivo, perguntar para o sujeito o que ele quis dizer quando disse ‘x’ (ilusão da entrevista in loco). O que ele sabe não é suficiente para compreendermos que efeitos de sentido estão ali presentes (p. 32).

É da ideia de sentidos já cristalizados na sociedade, constituídos como interdiscursos que surge o conceito de memória discursiva, entendida como a memória que é reavivada durante a enunciação daquilo que já foi dito em outro lugar ou contexto histórico. Assim, a memória discursiva corresponde, segundo Orlandi (2012), à memória que resguarda o que já foi dito, o que está na base do dizível. Diz respeito, de acordo com Gregolin (2001) “às formas significantes que levam uma sociedade a interpretar-se e a compreender-se através dessa interpretação” (p. 21). Desta maneira, Guerra (2009) alerta que a noção de memória

discursiva na AD se distingue da noção de memória como sendo depósito de informações adquiridas pelos indivíduos ao longo da vida.

Assim, o enunciado feito por um sujeito é determinado por interdiscursos acessados na memória discursiva desse sujeito e, dessa forma, constituído por formações discursivas. Formação discursiva, neste sentido, é um conceito que Pêcheux toma por empréstimo de Foucault, como já dito, e equivale, nas ideias de Pêcheux, aos discursos que estão enraizados na ideologia e que sugerem para o sujeito aquilo que pode e aquilo que não pode ser dito. O que deve e o que não teve ser dito.

Nas palavras de Pêcheux (2014), aplicando o conceito de formação discursiva às questões marxistas a respeito da luta de classes, formação discursiva é “aquilo que, numa conjuntura dada, determinada pelo estado de luta de classes, determina o que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma arenga, de um sermão, de um panfleto, de uma exposição, de um programa, etc.” (p. 160). Desta forma, a formação discursiva indica o local onde o sentido é constituído. Ao verbalizar um enunciado o sujeito acessa sua memória discursiva e faz recortes de interdiscursos que são marcados por uma ideologia específica que dita para o sujeito formas de se comportar, de agir, de se expressar, etc. Tais recortes, desta forma, são o que Pêcheux (2014) chama por formações discursivas. Nessa perspectiva, Orlandi (2012) escreve que:

As formações discursivas representam, na ordem do discurso, as formações ideológicas que lhes correspondem. É a formação discursiva que determina o que pode e deve ser dito, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada. Isso significa que as palavras, expressões etc. recebem seu sentido da formação discursiva na qual são produzidas (ORLANDI, 2012a pp. 144 e 145).

Nessa linha de raciocínio, esta mesma autora discorre, a partir da ideia de formação discursiva em Pêcheux, que as palavras não tem sentido nelas mesmas, sendo derivadas das formações discursivas em que se inscrevem e que por sua vez “representam no discurso as formações ideológicas. Desse modo, os sentidos sempre são determinados ideologicamente. Não há sentido que não o seja” (ORLANDI, 2012, p. 43). Assim, uma vez que temos acesso às formações discursivas dos sujeitos podemos ter acesso a suas formações ideológicas que tecem sentidos.

O conceito de ideologia, a propósito, é fundamental para compreensão da formação discursiva no âmbito da AD. Para tratar do conceito de Ideologia, Pêcheux recorre aos trabalhos de Louis Althusser e baseado neste autor estabelece relações entre ideologia e

inconsciente. Nas palavras de Althusser (1979), a ideologia pode ser entendida como “um sistema (possuindo a sua lógica e o seu rigor próprios de representações (imagens, mitos, ideias ou conceitos segundo o caso) dotado de uma existência e de um papel históricos no seio de uma sociedade dada” (p. 204).

Na perspectiva de Althusser, de acordo com Narzetti (2008), a ideologia se presta a legitimizar sentidos e naturalizá-los dando a ideia de que não poderiam se apresentar de outra maneira. De acordo com Pêcheux (2014b):

É a ideologia que fornece as evidências pelas quais “todo mundo sabe” o que é um soldado, um operário, um patrão, uma fábrica, uma greve etc., evidências que fazem com que uma palavra ou um enunciado “queiram dizer o que realmente dizem” e que mascara, assim, sob a “transparência da linguagem”, aquilo que chamaremos o caráter material do sentido das palavras e dos enunciados (p. 146).

Desta maneira, segundo Narzetti (2008) a ideologia dispõe de sentidos sobre as atividades sociais, políticas, econômicas e religiosas, etc. desenvolvidas pelos seres humanos, existindo uma adesão, consciente ou inconsciente, do sujeito ao conjunto de representações ideológicas internalizadas nas suas formações discursivas. Para Althusser (1979) “A ideologia está presente em todos os atos e gestos dos indivíduos até o ponto em que é indiscernível a partir de sua ‘experiência vivida’, e toda análise imediata do ‘vivido’ está profundamente marcada pelos temas da vivência ideológica” (p. 49). A ideologia se caracteriza, assim, nas palavras de Orlandi (2001) “pela fixação de um conteúdo, pela impressão do sentido literal, pelo apagamento da materialidade da linguagem e da história, pela estruturação ideológica da subjetividade.” (p. 22).

Nessa perspectiva, cabe ao analista do discurso atravessar a superficialidade da língua para identificar as formações discursivas do sujeito e, desta forma, conhecer suas filiações ideológicas, que produzem sentidos. Foram esses sentidos que objetivamos identificar nas falas dos/as participantes de nossa pesquisa, para que pudéssemos compreender como significam seus processos formativos. Para isso, portanto, foi necessário o exercício de atravessamento da superficialidade da língua, estabelecendo-se, com isto, o processo de análise dos discursos dos/as médicos/as.

Para atravessar a superficialidade da língua, assim, é preciso compreender o conceito do dito, do não dito e do que é silenciado no discurso. De acordo com Pêcheux (2014), a interpretação mediada pela análise de discurso não vai acessar os sentidos que os sujeitos produzem apenas por aquilo que está dito no enunciado, escrito ou falado, mas também, e

principalmente, pelos não ditos e pelos silenciamentos expostos através do que é dito. A compreensão de tais elementos de interpretação via AD se dá, dessa forma, pelas lentes da psicanálise, responsável por denunciar a não transparência da língua. Orlandi (2012), baseada em Pêcheux, discorre que:

Quando se lê, considera-se não apenas o que está dito, mas também o que está implícito: aquilo que não está dito e que também está significando. E o que não está dito pode ser de várias naturezas: o que não está dito, mas que, de certa forma, sustenta o que está dito; o que está suposto para que se entenda o que está dito; aquilo a que o que está dito se opõe; outras maneiras diferentes de se dizer o que se disse e que significa com nuances distintas etc. (p.13).

Desta forma, o não dito e os silenciamentos se expressam a partir de falhas no discurso do sujeito, que se constituem como vazamentos do inconsciente e que evidenciam formações discursivas e ideológicas recalcadas pelo sujeito. Tal recalçamento existe como forma de estratégia do inconsciente para não transparecer aquilo que suas formações ideológicas consideram como não aceitável, observado o lugar social ocupado pelo sujeito responsável pela anúncio do discurso. Esta estratégia, contudo, acaba falhando no momento em que o sujeito, na tentativa de não dizer aquilo que quer dizer substitui esse dizer por outro dizer que dará espaço para interpretação e, assim, produzirá outros sentidos. De acordo com Narzetti (2008):

Para o psicanalista, a linguagem do inconsciente é composta por significantes cujo significado é recalcado e, portanto, desconhecido para o sujeito. Eles se conectam em uma cadeia e formam um discurso que obedece a uma determinada sintaxe. Mas, por outro lado, eles são constantemente substituídos por outros significantes através de processos que se assemelham à metáfora (substituição de um significante por outro que com ele mantém algum tipo de semelhança, seja no plano fonético, no semântico, ou no das características físicas do seu referente) e à metonímia (substituição de um significante por outro que com ele mantém algum tipo de relação de contigüidade, proximidade espaço-temporal, seja no plano da língua, seja no da “realidade”) (p.108).

Nesse contexto, existe no sujeito, à nível do inconsciente, significados recalcados que estão à mercê das formações discursivas que por sua vez estão submetidas à ideologia, responsável por produz sentidos. Dessa forma, tais significados podem vir à tona, pela mão da AD, pela identificação dos significantes mobilizados pelo sujeito a partir dos atos falhos dos discursos, mais especificamente a partir evidências dos não ditos e dos silenciamentos que fazem o indivíduo dizer uma coisa para silenciar outra. Nas palavras de Lacan (1998):

[...] está claro que todo ato falho é um discurso bem sucedido, ou até formulado com graça e que, no lapso, é a mordaza que gira em torno da fala, e justamente pelo quadrante necessário para que um bom entendedor encontre ali sua meia palavra (LACAN, 269).

Assim, para atingir o objetivo da presente pesquisa, que buscou compreender os significados que os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE atribuem aos seus processos formativos na graduação, nos propomos, também, através de entrevistas semiestruturadas, a atravessar a superficialidade daquilo que foi dito no literal pelos participantes para identificar as formações discursivas apresentadas nos discursos, considerando o contexto em que estão inseridos e o contexto de produção de dados. Desta maneira, pudemos identificar as filiações ideológicas destes/as médicos/as e os sentidos produzidos por eles/as e revelados no discurso. Feito isto, tivemos condições de compreender como significam seus próprios processos formativos.

3 EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA: HISTÓRICO, TENDÊNCIAS E PESQUISAS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, que objetivou compreender os significados que os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE atribuem aos seus processos formativos na graduação, tornou-se pertinente tecer uma discussão acerca das principais tendências da formação médica no Brasil, apontando como esta formação vem sendo concebida e as principais transformações conjunturais ocorridas nas escolas médicas brasileiras.

Assim, neste capítulo, traremos um breve histórico acerca da institucionalização das escolas médicas brasileiras e das principais transformações nas políticas curriculares ocorridas em seu âmbito. Trataremos, sobretudo, sobre as elaborações teórico-metodológicas acerca da formação médica e sobre os paradigmas, perspectivas curriculares e pedagógicas em disputa no âmbito dessa formação. As discussões dispostas, neste capítulo, servirão como base elementar para definir o contexto de produção discursiva em torno da formação de médicos/as, oferecendo um arcabouço teórico pertinente para o procedimento das análises concernentes à proposta investigativa de nossa pesquisa.

A primeira escola de Medicina no Brasil, denominada “escola de Cirurgia da Bahia”, foi fundada em Salvador, em 1808, logo após a chegada da corte portuguesa ao país, conforme apontado por Jorge Amaral (2007). Em 1818, de acordo com o mesmo autor, foi criada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. Ambas as escolas, de acordo com Ana Araújo et. al (2008), ofereciam vagas para poucos alunos e não propunham a obrigatoriedade das aulas. Além disso, não contavam com o ensino prático em suas atividades. Eram instruções do decreto da fundação do ensino médico na Bahia:

O professor de cirurgia dará as lições no verão pelas sete horas da manhã, no inverno pelas oito, as quais durarão hora e meia, três quartos para tomar as ditas lições explicadas no dia antecedente e outros três para a nova explicação” e o curso cirúrgico deve durar quatro anos. [...] He de lei, os quaes terminados poderão passar as certidões competentes, declarando se o Discípulo está capaz de fazer o seu exame e de dignamente encarregar-se da saúde pública e tudo com juramento dos Santos Evangelhos (PEREIRA, 1923)

Nessa época, como se pode observar no decreto, as determinações legais das escolas apresentavam cunho religioso e os cursos médicos tinham duração de quatro anos. Neves et al. (2005) discorre que em 1812 ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando os cursos passaram a ter duração de cinco anos. Nesse período, a criação das citadas

escolas médicas se apresentou como um importante fator para qualificação dos médicos brasileiros, causando forte impacto no contexto acadêmico da época, havendo uma suspensão significativa da ida dos estudantes de medicina a Portugal, país que mais comumente recebia alunos brasileiros interessados em estudar Medicina (NEVES et. al, 2005).

Ainda segundo Neves et. al (2005), em 1826, a Lei de 9 de setembro concedeu às escolas brasileiras o direito de conferir cartas de cirurgião e de médico aos alunos por ela formados, havendo uma ampliação da lei em 1828 quando foi determinado que só médicos diplomados podiam clinicar, sendo escassas as cartas de licenciamento. Em 1832 as duas escolas médicas existentes foram transformadas nas faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, havendo extensão do curso para seis anos (FONSECA, 1995). Com a promulgação da denominada “lei do ensino livre”, em 1879, abriu-se espaço para que a iniciativa privada oferecesse serviços no âmbito da educação médica (NEVES et. al, 2005).

Em 1929 é criada a Academia Imperial de medicina que se tornou referência na discussão sobre a educação médica no país e que foi palco da defesa de um modelo de formação médica anatomoclínico nas escolas médicas brasileiras. Este modelo, de origem francesa, opunha-se ao modelo experimental de ascendência germânica, e ambos se colocavam, na época, como tendência europeia do ensino médico para países ocidentais. (EDLER, 2000). Como apontando por Naomar de Almeida Filho (2010):

Nas primeiras décadas do século XX, nossas faculdades de medicina ofereciam modelos retóricos de formação e, onde havia algum dinamismo científico, cultivavam laços com duas tradições européias antagônicas: a escola francesa, com forte foco na clínica, e a escola alemã, marcada pela pesquisa laboratorial.

Foi o modelo Americano, denominado flexneriano, ou biomédico, no entanto, que se fez hegemônico na educação médica brasileira e que causou transformações na formação do médico, transformações estas que reverberam até os dias atuais nas escolas médicas do país. Este modelo, oriundo do estudo “Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”, publicado em 1910 por Flexner Report, e mais conhecido como relatório Flexner, é considerado, segundo Fernando Pagliosa e Marco Ros (2008), como o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas norte-americanas e apresentou profundas implicações para a formação médica mundial. O relatório Flexner, indica que “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (FLEXNER, 1910) e propõe uma formação médica baseada na ideia de que o social, o público e o coletivo não se constituem

como implicadores em processos de saúde-doença (PAGLIOSA e ROS, 2008). A perspectiva científica das elaborações de Flexner, nesse processo, se enquadra em um viés positivista uma vez que propõe a ideia de que apenas o conhecimento científico pode ser válido, sendo legitimado pelo processo de observação e experimentação.

Mediante o relatório Flexner, de acordo com Lampert (2001), a educação médica previa uma formação focada na especialização precoce do médico e na fragmentação do conhecimento em disciplinas, sendo o professor colocado no centro do processo de ensino-aprendizagem e optando-se apenas por aulas expositivas e demonstrativas. Estas concepções alinham-se, desta maneira, ao modelo de educação tradicional que, como exposto por Saviani (2008), surge a partir da revolução industrial e ainda define os contornos da educação brasileira nos dias atuais.

Ao voltarmos os olhos para a estrutura curricular do curso de medicina em que nos atemos a estudar, observaremos que ela vai de encontro à perspectiva da fragmentação das disciplinas corroborada pelo modelo de Flexner, propondo, em contrapartida, um currículo que reconhece a necessidade de conceber o ser humano em sua integralidade, dispondo atenção no trato da saúde-doença visando não apenas as questões biológicas, mas também as psíquicas e sociais, bem como a articulação entre as áreas básicas da medicina.

De acordo com Lampert (2001), na década de 1950 surge na medicina o paradigma da integralidade. Este se contrapõe ao modelo Flexneriano e propõe uma ideia de indissociabilidade entre os processos de saúde-doença e os processos sociais, focando na proposição da saúde dentro de um contexto social e não na doença propriamente dita. Há, ainda, nesse paradigma, uma transferência do foco do processo de ensino-aprendizagem que passa do professor para o aluno, considerado como sujeito ativo na própria formação.

Em 1969, o Conselho Federal de Educação do MEC dispõe diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabelece o currículo mínimo para os cursos de Medicina. Em 1997, o edital do MEC-SESu expôs parâmetros para as instituições de ensino superior e comunidades interessadas em apresentar propostas de novas diretrizes curriculares no intuito de definir competências e habilidades necessárias para a formação de médicos/as.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, ocorre a criação do SUS que é regulada pela lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. De acordo com Souza e Costa (2010), trata-se do maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos” (p. 510). Como apontado por Santos (2011), a criação do

SUS conferiu legitimidade aos princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, de integralidade da assistência, equidade na disponibilização de recursos e serviços, participação social como direito e dever, descentralização, divulgação de informação, igualdade da assistência à saúde e participação da população.

Segundo a mesma autora, ao decorrer dos primeiros 20 anos da existência do SUS, muitos foram os problemas enfrentados pelo sistema e estes estavam associados às mudanças ocorridas nas vivências da população e aos descompassos entre as necessidades sanitárias desta população e as estratégias desenvolvidas pelo sistema público de saúde. De acordo com a autora:

Fenômenos como a fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial (com novas dificuldades para a complementariedade entre a rede básica e o sistema de referência); o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; a presença de um sistema público de Saúde burocratizado e verticalizado; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores (em especial, em relação ao trabalho em equipe e gestão participativa); o pouco fomento à cogestão e à valorização dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; a formação dos trabalhadores de saúde distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde (SANTOS, 2011, p. 16).

O primeiro Exame Nacional de Curso para Medicina foi realizado em 1999 e em 2001 é homologada pelo MEC a Resolução do CNE-CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (NEVES et al. 2005). Coube a esta Resolução, Segundo Santos (2011) orientar os cursos de graduação em medicina no Brasil para uma formação discente imbuída a contribuir para a melhoria da assistência sanitária destinada à população usuária do SUS. Nesta direção, a resolução propõe aos cursos de graduação em medicina a adoção de um projeto pedagógico construído coletivamente e um processo de ensino-aprendizagem focado no aluno. Como descrito na redação original da Resolução, em seu artigo 8º:

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência (BRASIL, 2001, p. 4).

No ano de 2003, segundo Santos (2011), o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Humanização (PNH), assentada sobre o ideal da defesa da vida e do fortalecimento do SUS. Desta forma, pretendia contribuir para efetivação das propostas do SUS mediante o enfrentamento dos desafios aos quais estava exposto.

O PNH propôs-se a traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; a construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produzir saúde e sujeitos; a oferecer um eixo articulador das práticas em saúde destacando um aspecto subjetivo nelas presente, no intuito de contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores e usuários. (SANTOS, 2011, p. 17)

Em 2004 é criado o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS) que reúne profissionais e entidades da educação em saúde para debater e pesquisar sobre o desenvolvimento profissional na área da saúde e sobre a implementação e avaliação das diretrizes curriculares das profissões de saúde. Neste contexto, o Fórum propõe impulsionar a adoção da integralidade como eixo norteador da mudança na graduação e fortalecer a educação permanente em saúde (SANTOS, 2011, p. 17).

Em 2005, a partir de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, é instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – O Pró Saúde – que de acordo com Santos (2011) define políticas de formação na área de saúde capazes de garantir atenção integral e de qualidade à saúde da população. Em 2014 há uma reformulação da resolução CNE-CES Nº 4, de 2001, substituída pela Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, que traz entre as novidades a atenção para os métodos ativos de ensino-aprendizagem. Em seu 32º artigo, a resolução discorre que:

O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido (BRASIL, 2014, p. 13).

É diante deste contexto de reformulação das Diretrizes Curriculares na área da formação em saúde e da emergência de superação dos desafios enfrentados pelo SUS, que o curso de Medicina estudado nesta pesquisa é fundado. É, portanto, neste mesmo contexto que ele propõe uma atividade formativa baseada nestas diretrizes, a partir do ideário de integralidade do atendimento à saúde, colocado como ponto de partida para superação dos

problemas sanitários da saúde pública brasileira. Todavia, como não há unanimidade nas proposições daquilo que seria uma boa formação médica, a presente pesquisa mergulha na realidade específica deste curso para conhecer como estas atividades baseadas no paradigma da integralidade são visualizadas e significadas pelos/as médicos/as egressos/as da UFPE/CAA.

Como será visto, a proposta formativa do referido curso, bem como sua estrutura curricular, se inscreve em uma perspectiva interdisciplinar, como via de garantir uma formação médica pautada pelo ideário de integralidade na prestação de serviços sanitários à população. Desta forma, pode-se conceber que o curso está estruturado epistemologicamente sob a crítica ao modelo flexneriano da formação médica, pautado em uma lógica positivista, e a adesão aos princípios da integralidade no campo da saúde.

Na sessão que segue, apresentamos algumas questões importantes acerca dessas perspectivas antagônicas da formação médica, que oferecem as bases para sustentação teórica do curso. Assim, discutimos sobre as principais concepções do modelo médico baseado no relatório Flexner e sobre as proposições do paradigma da integralidade que surge como crítica ao modelo médico proposto por Flexner.

3.1 RELATÓRIO FLEXNER E PARADIGMA DA INTEGRALIDADE

Como apontado na sessão anterior, o modelo de educação médica proposto pelo relatório Flexner constitui um paradigma que influencia o ensino das escolas médicas até os dias atuais. Contrapondo-se ao modelo de Flexner, como também visto, há a perspectiva da integralidade na atenção à saúde que se coloca, atualmente, como a principal alternativa proposta pelas políticas públicas brasileiras para os cursos de medicina. Nesta sessão, apresentaremos as principais discussões e posições acerca de ambas as perspectivas sobre formação médica, indicando suas bases de conhecimento e refletindo sobre os paradigmas pedagógicos que o orientam.

Pagliosa e Ros (2008), no artigo denominado “Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal” versam sobre os embates existentes no campo da educação médica acerca do relatório flexneriano. No tocante dessa discussão, relatam que não há consenso acerca da importância do trabalho de Flexner, havendo aqueles que o glorificam e outros que o condenam. Nesse processo, fazendo referência ao título do artigo, os autores discorrem que “para o bem e para

o mal, é impossível discutir a educação médica, em qualquer parte do planeta, sem referir Flexner e seu relatório” (p. 493).

Para refletir de forma mais detalhada sobre o trabalho de Flexner é interessante se basear a partir de alguns questionamentos: Como a pesquisa de Flexner geradora do relatório foi produzida? Qual o contexto de produção da pesquisa? Quais as principais ideias presentes no relatório e como estas se concretizaram nas escolas médicas?

A pesquisa de Flexner, de acordo com Pagliosa e Ros (2008) foi desenvolvida mediante as visitas do mesmo a todas as 155 escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá no período de 180 dias. A partir destas visitas, Flexner fez um diagnóstico da situação da formação médica nos dois países apontando as lacunas existentes e propondo alternativas que, segundo ele, seriam a solução para os problemas encontrados.

Os mesmos estudiosos apontam que a situação das instituições de formação médica dos EUA e do Canadá no início do século XX era caótica, havendo uma grande quantidade de escolas de medicina abertas sem nenhuma regulamentação e padronização e estando ou não vinculadas a universidades. De acordo com Boelen (2002), na opinião de Flexner, apenas 31 das 155 escolas existentes nos EUA e no Canadá tinham condições de continuar funcionando. A partir da publicação do relatório, grande parte das escolas médicas foi fechada nestes dois países e assistiu-se a uma imposição veemente para que as propostas pedagógicas dos cursos de formação de médicos seguissem os pressupostos de Flexner.

Pagliosa e Ros (2008), refletindo sobre os métodos da pesquisa de Flexner, discorrem que em suas análises ele não seguiu critérios bem definidos e foram realizadas sem um instrumento de avaliação padronizado, sendo feitas a partir de observações em um curto período de tempo. Estes autores, parafraseando Hiatt (1999) escrevem sobre a forma como Flexner desenvolveu seu estudo:

Um processo de avaliação realizado por um único especialista, por meio de “uma volta pelos laboratórios” “em umas poucas horas” e sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado é definido, de forma jocosa, pelos pesquisadores que trabalham com avaliação de programas como um mero “passeio de mãos nos bolsos” pelo local avaliado. Pois foi esta avaliação que se transformou no principal, e praticamente único, instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do século XX (PAGLIOSA E ROS, 2008 p. 494).

Nesse processo, os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que as ideias sobre o ensino médico expostas por Flexner em seu relatório não se constituíram como ideias

originais sobre a educação médica. Isto pelo fato de as Universidades dos Estados Unidos, como também em outras partes do mundo, já estarem em um processo de reelaboração das propostas dos cursos de medicina.

Nesta mesma linha discursiva, Pagliosa e Ros refletem, a partir de Cooke (2006), que a força do relatório Flexner se deu pelo seu caráter quantitativo e pela ênfase dada às bases científicas. Além disto, um elemento importante, segundo os autores, seria o fato de o trabalho de Flexner ter sido dirigido ao grande público de forma pioneira.

No que diz respeito ao modelo de educação médica defendida por Flexner podemos discorrer, como já apontado na sessão anterior, que este propõe uma formação baseada na dissociação entre os processos envolvidos no trato com a saúde-doença e os processos sociais, públicos e coletivos. Carvalho Filho (2011), baseado em Kenneth Ludmerer (2010) apresenta pontos essenciais que resumem os principais conceitos presentes no relatório Flexner:

a) Positivismo Médico: Flexner descrevia a medicina como uma disciplina experimental, governada pelas leis da biologia geral; b) métodos rigorosos de seleção dos candidatos às escolas médicas; c) Método Científico: para Flexner, o diagnóstico clínico era equivalente à hipótese dos cientistas e ambos – diagnóstico e hipótese – necessitavam ser submetidos ao teste de um experimento; d) aprender na prática: na ótica flexneriana, só havia um método confiável para os estudantes aprenderem a realidade médica e o método científico de pensar - investir muito mais de seu tempo no laboratório e na clínica do que nas salas de aula; e) Pesquisa Original: na visão de Flexner, essa era a atividade básica da escola médica, concebendo a pesquisa como uma atividade crítica, não apenas pelos novos conhecimentos que ela poderia produzir, mas também pelo estímulo, pela excitação e pelo rigor crítico que acrescentaria ao ensino (p. 42).

O relatório defende uma formação baseada na especialização precoce do médico, na graduação e no seccionamento do conhecimento em disciplinas, sugerindo um estudo e tratamento do corpo por partes e não considerando o paciente em sua totalidade, integralidade. Há, nesse processo, segundo o autor, uma descaracterização dos indivíduos como seres que são constituídos por um corpo com complexas estruturas e sistemas interligados entre si, e inseridos em um contexto social, público e coletivo que exerce influência sobre este corpo, podendo, inclusive, ser responsável pelo adoecimento e saneamento do mesmo ou oferecer elementos importantes para identificação de estratégias médicas acerca da promoção de saúde e/ou prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

Ao privilegiar o estudo fragmentado das partes do corpo, propondo a criação das especialidades no curso médico e divisão das disciplinas, Flexner alinha seus pressupostos a uma das perspectivas científicas do método cartesiano, àquela que diz respeito à divisão dos

problemas em um maior número possível de parcelas, devendo cada uma ser estudada separadamente. Ao falar sobre a influência da perspectiva de Flexner no campo da formação médica, Mitre et. al (2008), baseada em Capra (2006) e Behrens (2005), discorrem que:

Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica. Essa fragmentação do saber manifestou-se no aguçamento das subdivisões da universidade em centros e departamentos e dos cursos em períodos ou séries e em disciplinas estanques (p. 2134).

Neves et. al (2005), em consonância com as ideias de Mitre et al (2008), discorrem que o modelo de Flexner “ênfata as especializações precoces, fazendo que o estudante de Medicina se torne um pseudoespecialista ainda no período de graduação” (p. 165). Ainda para os autores:

O modelo de Flexner passou a ser associado ao rígido ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, baseado no modelo moderno, estimulando a especialização profissional, mas muito criticada [...] por causa do seu enfoque cientificista e ao descaso com a abordagem humanista (p.165).

De acordo com Pagliosa e Ros (2008), mesmo que consideremos muito importantes as contribuições de Flexner para a educação médica teremos que convir que a ênfase no modelo biomédico centrado na doença “reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos” (p. 496).

As ideias dispostas no relatório Flexner, assim, apesar de proporem uma concepção reducionista da formação médica, focada na doença e no hospital, e de sofrer inúmeras críticas, se estabeleceram como modelo das escolas médicas brasileiras. O modelo, nesse processo, passa a ser questionado com maior veemência a partir da década de 1970 em que ganham destaque as discussões sobre o paradigma da integralidade na medicina.

Ao direcionarmos o olhar para as concepções pedagógicas acerca do ensino médico apresentadas pelo relatório de Flexner, podemos identificar que se baseiam a partir de uma perspectiva pedagógica tradicional. Desta forma, o modelo de formação de Flexner visualiza o professor no centro do processo de ensino aprendizagem e como o detentor dos conhecimentos. O/a estudante, nesse processo, é colocado/a na posição de receptor/a de conteúdos que necessita decorar o máximo de conceitos possíveis acerca desses para que se torne um/a bom/a médico/a.

Segundo Mitre et al (2008), surgem, nesse contexto, questionamentos na área da saúde sobre o perfil dos profissionais formados, havendo uma preocupação em relação à tendência de especialização precoce do ensino em saúde e de desumanização do profissional que passa a considerar mais a doença dos indivíduos do que o indivíduo que a porta. Tendência essa ancorada aos parâmetros curriculares mediados pelo relatório de Flexner. Tecendo uma crítica a estes parâmetros, Mitre et al (2008) discorrem que:

A ênfase na sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, a organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade, a valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa, individualizada e unicausal da doença produziram um ensino dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente (p. 2135).

Tomando esta ideia como base, os autores apontam que esta dissociação da proposta formativa das instituições de ensino superior com as necessidades do sistema de saúde contrariam os parâmetros propostos pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN. Isto porque, esta propõe que a educação superior estimule o conhecimento acerca dos problemas sociais contemporâneos e preste serviços especializados à população na perspectiva da integralidade na promoção de saúde.

As Diretrizes Curriculares dos cursos de saúde, por sua vez, reafirmam o que é proposto pela LDBEN quando propõem atenção especial dos cursos para o atendimento às demandas da sociedade, principalmente, através do Sistema Único de Saúde. Assim, aos cursos de graduação na área da saúde, são demandadas alterações curriculares e metodológicas que correspondam aos parâmetros legais da educação em saúde, e conseqüentemente, às necessidades da população. Como exposto por Mitre et al (2008):

Neste momento, as instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus corpos docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos (p. 2135).

A proposição de reformas curriculares e a utilização de Metodologias Ativas de ensino, bem como a diversificação de espaços pedagógicos, surgem como alternativa para os cursos de graduação no campo da saúde, e especificamente o curso de medicina, para o atendimento de uma proposta formativa baseada no paradigma da integralidade e suprimento das lacunas didáticas e sociais legadas pela perspectiva de ensino de saúde do relatório Flexner.

O paradigma da integralidade, assim, vai de encontro à especialização precoce do médico em formação e à desarticulação entre os aspectos naturais e sociais envolvidos no trato com a saúde/doença. Como apontado por Santos (2011), se apresenta na área da educação em saúde como via de “garantir a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (p. 71).

Sobre as disputas ideológicas entre as tendências discursivas no âmbito da formação médica, importa, ainda, destacar alguns momentos históricos em que estas vieram à tona com maior veemência. Lucirleia Pierucci (2007), em sua pesquisa de mestrado de título “Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde?” apresenta algumas tensões que envolveram entidades médicas no ano de 2004, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), juntas a outras associações médicas, encabeçaram uma campanha nacional posicionando-se contra a abertura de novos cursos de medicina e acusando que estes faziam mal à saúde.

FIGURA 1 – Campanha contra abertura de novos cursos de Medicina



Fonte: www.proteja-se.org.br (2021)

Lucirleia Pierucci (2007) discorre que esta campanha estava vinculada a uma luta corporativa que visava controlar o número de médicos exercendo a profissão no país e que estas associações estavam preocupadas com a saturação de médicos no mercado, o que poderia acarretar na perda do prestígio da profissão devido à maior democratização do acesso aos cursos de medicina. A autora aponta que para essas associações interessava mais manter o monopólio da profissão na mão das elites médicas do que formar mais médicos para atender as necessidades sanitárias da população.

Nessa mesma linha discursiva, Pierucci (2007) relata que para além desta disputa corporativa posta pela campanha, havia uma batalha simbólica sobre o que se configuraria

como uma formação médica legítima e que já vinha sendo travada desde o século passado. Nesse percurso, a autora cita os esforços da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que na contramão do CFM e da AMB defendia a ampliação do número de cursos de medicina e a formação de mais médicos, para atender às demandas do Sistema Único de Saúde brasileiro – SUS. A ABEM, a propósito, desempenhou papel fundamental no estímulo à revisão dos currículos dos cursos de medicina, objetivando adequar a formação do médico às necessidades da comunidade e do SUS.

A partir desse contexto, podemos observar que as propostas formativas dos cursos de medicina do nosso país, na contemporaneidade, estão imersas em um cenário político-educacional marcado por disputas corporativas e simbólicas que colocam em confronto concepções distintas sobre o tipo de profissional da medicina que se pretende formar. De um lado, evidencia-se a defesa da formação de um profissional liberal, que tenha domínio técnico-científico acerca de uma especialidade médica e que esteja apto a cuidar das doenças desenvolvidas, biologicamente, pelos pacientes, e que sejam comportadas por sua especialidade. Do outro, assiste-se a defesa da formação de um profissional que, para além de ter domínio técnico-científico dos conteúdos da medicina, tenha habilidades para promover atendimento integral ao ser humano, desde a atenção primária, observando, além da biológica, as questões psíquicas e sociais envolvidas no processo de saúde-doença.

Além disso, no bojo de tais disputas, assiste-se a processos relacionados à Colonialidade do Poder, que, ao mesmo tempo em que fazem distinções de classes sociais, ancoram-se na imposição da ideia de raça como instrumento de dominação (QUIJANO, 2005), sendo definida a posição social que o médico deve ocupar e qual o perfil social e étnico-racial do médico, partindo-se do pressuposto de naturalização das condições sociais adversas por que passam as camadas sociais historicamente violentadas e silenciadas.

Em seu artigo denominado “As pegadas dos que caminham juntos nunca se apagam: enfrentamento do racismo e desafios para a construção de uma educação antirracista no Brasil”, a pesquisadora em educação Michele Ferreira (2018), evidencia as consequências do racismo estrutural em nosso país e chama a atenção para o reduzido número de médicos negros formados no Brasil, realidade que traz em seu cerne, considerando os escritos de Quijano (2005), a constituição de uma divisão do trabalho sistemática que estabeleceu uma relação raça/trabalho e naturalizou os papéis e lugares destinados a cada grupo racial na estrutura global eurocentrada, deixando como herança para os negros, ainda na contemporaneidade, papéis de submissão e servidão e profissões marginalizadas, de menor

complexidade intelectual e prestígio social. De acordo com Quijano (2005), ao refletir sobre a constituição da América Latina, no âmbito do capitalismo colonial/moderno/eurocêntrico:

[...] cada forma de controle do trabalho esteve articulada com uma raça particular. Consequentemente, o controle de uma forma específica de trabalho podia ser ao mesmo tempo um controle de um grupo específico de gente dominada. Uma nova tecnologia de dominação/exploração, neste caso raça/trabalho, articulou-se de maneira que aparecesse como naturalmente associada, o que, até o momento, tem sido excepcionalmente bem-sucedido (p. 119).

Nesse contexto, observa-se, ainda, que as novas concepções surgidas no campo da medicina, mais alinhadas ao paradigma da integridade, para além de se contraporem aos ideários positivistas das ciências, lançam luz a questões outras acerca da produção de saberes, buscando romper com construções sociais que marginalizam conhecimentos não legitimados pelo eurocentrismo. Assim, podemos situar no campo da medicina os debates sobre práticas medicinais alternativas e ancestrais de muitas comunidades, que por falta de uma dita “legitimidade científica” comprovada, acabam sendo rechaçadas e desconsideradas, em uma perspectiva epistêmica excludente e silenciadora.

Santos (2008), em seu texto denominado “pós-moderno ao pós-colonial e para além de um e do outro”, fala sobre a exaustão do paradigma epistemológico e modelo de racionalidade que pautavam as ciências em geral na década de 1980 e que tinham sido melhor formulados pelo positivismo, que, de acordo com ele, se estrutura a partir dos seguintes pilares:

[...] distinção entre sujeito e objecto e entre natureza e sociedade ou cultura; Redução da complexidade do mundo a leis simples suscetíveis de formulação matemática; uma concepção da realidade dominada pelo mecanicismo determinista e da verdade como representação transparente na realidade; uma separação absoluta entre conhecimento científico – considerado o único válido e rigoroso – e outras formas de conhecimento como o senso comum ou estudos humanísticos; privilegiamento da causalidade funcional, hostil à investigação das “causas últimas”, consideradas metafísicas, e centrada na manipulação e transformação da realidade estudada pela ciência (p. 15)

Observa-se, entretanto, que embora apresentassem sinais de esgotamento já na segunda metade do século XX, como observado por esse autor, os pressupostos positivistas ainda pautam práticas sociais e modelos acadêmicos na contemporaneidade. Outrossim, ao tecer sua crítica ao referido modelo de racionalidade, Santos (2008) se distancia dos aspectos biomédicos Flexnerianos e se alinha às perspectivas da formação médica que se aproximam do paradigma da integralidade, que surge como alternativa para proposição de uma mudança na formação de profissionais da medicina, sugerindo que, na graduação, os estudantes sejam

colocados diante de uma formação generalista, que atente para o atendimento primário e integral da saúde e não apenas para o tratamento fragmentado de doenças.

3.2 PESQUISAS SOBRE FORMAÇÃO MÉDICA

A partir do final da década de 1980, de acordo com a pesquisadora da Faculdade de Educação da UNICAMP¹ Norma Sandra A. Ferreira (2002), tem sido crescente o número de pesquisas denominadas de “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, ou ainda “revisão da literatura”. Estas pesquisas, segundo esta autora, têm caráter bibliográfico e como desafio comum buscam mapear produções acadêmicas, tais quais dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos, entre outros, de diversas áreas do conhecimento na busca de identificar aspectos que ganham destaque e são privilegiadas nas produções de diferentes épocas e lugares.

Para as doutoras em educação Joana Romanowski e Romilda Ens (2006), estes estudos são bastante pertinentes no âmbito das pesquisas em educação, uma vez que delineiam os caminhos investigativos que já foram percorridos e apontam as lacunas existentes nos estudos analisados, deixando para novos pesquisadores pistas importantes que poderão contribuir para consolidação de novos estudos, que a partir destes levantamentos terão como ponto de partida um bojo epistemológico que dispense questionamentos já “respondidos” e suscite investigações inéditas acerca do tema de estudo dentro da referida área do conhecimento.

Estados da arte podem significar uma contribuição importante na constituição do campo teórico de uma área de conhecimento, pois procuram identificar os aportes significativos da construção da teoria e prática pedagógica, apontar as restrições sobre o campo em que se move a pesquisa, as suas lacunas de disseminação, identificar experiências inovadoras investigadas que apontem alternativas de solução para os problemas da prática (ROMANOWSKI e ENS, 2006, p. 39).

Sabendo da importância dos estudos que se caracterizam como estados da arte, acreditamos que é pertinente para o desenvolvimento da presente pesquisa fazer um levantamento acerca das produções que giram em torno dos temas centrais da nossa

¹ Universidade de Campinas.

investigação, apontando os aspectos presentes em alguns desses estudos e que nos ajudam a entender questões pertinentes ao nosso objetivo de pesquisa. Assim, concordamos com Trentini e Paim (1999) quando afirmam que “a seleção criteriosa de uma revisão de literatura pertinente ao problema significa familiarizar-se com textos e, por meio deles, reconhecer os autores e o que eles estudaram anteriormente sobre o problema a ser estudado” (p.68).

Deste modo, estudar as produções científicas no campo da pesquisa é fundamental para iluminação do problema de estudo, uma vez que contribuem para definição dos caminhos da pesquisa e servem de aporte teórico às discussões traçadas na dissertação. É importante ressaltar, no entanto, que nessa pesquisa não se propôs fazer um estado da arte a partir dos bancos de dados disponíveis em que estejam dispostos trabalhos que tratem dos temas de nossa investigação, mas sim uma seleção de trabalhos em dois bancos de dados, para mapear algumas produções científicas que tratam das temáticas do nosso estudo: O Banco de Teses da CAPES² e a Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM)³. Acreditamos que os trabalhos dispostos em ambos foram suficientes para nos deixar a par das principais discussões nacionais travadas acerca das tendências epistemológicas no âmbito da formação médica.

O Banco de Teses da CAPES foi escolhido uma vez que tem por objetivo reunir a maioria das teses e dissertações produzidas nas Universidades brasileiras, sendo o principal órgão de fomento às pesquisas da Pós-Graduação *stricto sensu* do país. A Revista Brasileira de Educação Médica, por sua vez, foi selecionada por reunir as principais discussões acerca de metodologias de ensino-aprendizagem na educação superior em saúde e por estar vinculada a uma importante associação de profissionais e pesquisadores da medicina, a ABEM⁴ (Associação Brasileira de Educação Médica), fundada em 1962. Uma vez que o objetivo da presente pesquisa foi compreender os significados que os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina atribuem aos seus processos formativos na graduação,

²Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Disponível em: <<https://catalogodeteses.capes.gov.br>> acessado em 13 de março de 2021.

³ Disponível em: <<http://educacaomedica.org.br/edicoes/index.php>>. Acessado em 15 de março de 2021.

⁴ Como exposto em sua página oficial online, a ABEM “é sociedade civil de âmbito nacional com personalidade jurídica própria, de duração ilimitada, considerada de utilidade pública pelo Decreto nº 64.571, de 23 de maio de 1969, da Presidência da República. Possui sócios institucionais, Centros, Faculdades, Escolas, Instituições e Cursos vinculados a educação médica, individuais, honorários e beneméritos buscando o aprimoramento da Educação Médica.

pensamos que seria proveitoso explorar uma das principais revistas nacionais da área da educação médica.

3.2.1 Banco de Teses da CAPES

Como exposto anteriormente, o Banco de Teses da CAPES se configurou como banco de dados para busca de trabalhos, escritos a partir do ano de 2011, que tratassem dos temas centrais de nossa investigação e que oferecessem contribuições para nossa pesquisa. Na plataforma, fizemos uma pesquisa pelos títulos dos trabalhos que de acordo com Ferreira (2002) “anunciam a informação principal do trabalho ou indicam elementos que caracterizam o seu conteúdo” (p. 261). Dessa forma, para encontrar os trabalhos que discutissem os temas de interesse da pesquisa, utilizamos como termos chave: Formação Médica, Metodologias Ativas, Aprendizagem Ativa, ABP, Aprendizagem baseada em Problemas, PBL, e Problem Based Learning. Importa salientar que muitos dos trabalhos apresentados na plataforma não estavam disponíveis de serem acessados, por terem sido desenvolvidos antes da implementação da plataforma Sucupira. Algumas produções foram localizadas em sua integralidade em outras plataformas. Outras, no entanto, não puderam ser acessadas e por isso não estão citadas no trabalho.

Ao fazer o levantamento acerca das produções dispostas no Banco de Teses da CAPES que tivemos acesso, pudemos avaliar que boa parte propõe contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa, na medida em que apresentam uma considerável gama de teóricos que discutem sobre os temas centrais da nossa investigação. Entretanto, alguns trabalhos, para além de sugerir bibliografias pertinentes ao nosso estudo, oferecem contribuições importantes para uma visualização mais nítida do nosso objeto de pesquisa, que corresponde ao discurso dos/as egressos/as de medicina sobre a própria formação, e das discussões suscitadas pelos nossos objetivos. Assim sendo, trataremos, especificamente, destas pesquisas, apontando quais suas principais discussões e resultados e em que medida oferecem subsídios para nosso trajeto de pesquisa.

O trabalho de Geowanna Santos (2011) denominado “Metodologias Ativas como Sustentação de um Projeto Democrático” discute os desafios que uma instituição pública de ensino superior, do estado de São Paulo, enfrenta ao desenvolver atividades baseadas em Metodologias Ativas no curso de enfermagem. As atividades, com este cunho metodológico,

são propostas como via de adequação da instituição às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, conforme o parecer CNE/CES 1.133/2001, do Conselho Nacional de Educação/Conselho Estadual de Saúde, de 07 de agosto de 2001, com atenção sobre a utilização das Metodologias Pedagógicas Ativas como sustentação de um Projeto Democrático.

Para o desenvolvimento do trabalho, Santos (2011) desenvolveu entrevistas junto a 12 (doze) professores do curso de enfermagem e aplicou questionários com 24 alunos do quarto ano. Nesse percurso, teceu uma análise descritiva, sem maiores aprofundamentos, acerca dos dados, apontando as visões de professores e estudantes sobre a aplicação de Metodologias Ativas nos componentes curriculares do curso, o que se colocava, como já observado, nos apontamentos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem.

A partir da leitura do trabalho de Santos (2011), podemos perceber que os relatos dos professores e estudantes apontam um desconhecimento por parte de ambos sobre as Metodologias Ativas. A maior parte dos professores disse reconhecer a importância da utilização destas Metodologias no ensino da saúde, principalmente para fortalecimento do SUS (Sistema Único de Saúde), no entanto alegaram não estarem preparados para lidar com elas no contexto da sala de aula visto que não tiveram uma formação que lhes tivesse qualificado para tal.

Estes relatos, vistos na pesquisa de Santos (2011), nos remetem ao estudo desenvolvido por Mauro Moreno Junior (2012) que objetivou investigar as concepções de 11 (onze) professores de biologia, física e química da rede pública de ensino, sobre a ABP, que participaram de um curso de extensão universitária, intitulado “a aprendizagem baseada em problemas nas aulas de biologia, física e química”. A investigação expôs os relatos dos professores que disseram ter compreendido a metodologia e a achado interessante, mas que preferiam não a utilizar por ela demandar uma formação e/ou uma qualificação profissional mais abrangente. Com isso, podemos pressupor que há demanda por uma formação mais específica para lidar com as Metodologias Ativas da Aprendizagem Baseada em Problemas, tanto no contexto da educação superior quanto no da básica, isto pelo fato de a própria formação do professor constituir modelos para a prática de sua docência.

O trabalho de Jones Macagnan (2012), por sua vez, intitulado “Metodologias Ativas no Ensino da Anatomia Humana: Impactos Sob a Percepção dos Alunos” se debruça sobre a percepção dos alunos quando em contato com Metodologias Ativas na disciplina de Anatomia Humana do Curso de Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI

(Universidade do Vale do Itajaí). O estudo se caracteriza como uma pesquisa-ação e foram propostas, pelo pesquisador, atividades interventivas ancoradas tanto às perspectivas tradicionais de ensino e aprendizagem, quanto àquelas das Metodologias Ativas.

Ao fim das atividades desenvolvidas a partir de Metodologias Ativas, os estudantes foram convidados a tecer considerações qualitativas acerca destas para que o pesquisador pudesse conhecer suas percepções no que diz respeito à sua aplicabilidade. A essa estratégia de pesquisa soma-se o desenvolvimento de um grupo focal, realizado ao fim do semestre, no qual os discentes foram estimulados a relatar suas experiências durante a disciplina e a destacar aspectos positivos e/ou negativos acerca da utilização das Metodologias Ativas e daquilo que consideravam como sendo uma boa aula e um bom professor. Como resultados da investigação, o autor da dissertação aponta como evidente um diferencial positivo para a aprendizagem dos alunos da disciplina, uma vez que destacou indícios no depoimento dos alunos que denotaram essa questão.

Ao olharmos para a pesquisa desenvolvida por Macagnan (2012), nos chama a atenção o fato de ser uma investigação acerca das percepções dos estudantes sobre a utilização de Metodologias Ativas, isto porque também é foco de nossa pesquisa estudar a concepção de egressos da área da saúde, mais especificamente do curso de medicina, sobre seu próprio processo formativo desenvolvido por Metodologias Ativas e ABP.

Ao nos depararmos com as discussões acerca dos dados da pesquisa, observamos nas falas dos alunos, como também é frisado pelo autor da dissertação, certo entusiasmo em relação às atividades desenvolvidas segundo os princípios das Metodologias Ativas. Contudo, nos questionamos se, logo após ter vivenciado uma atividade em sala de aula, o estudante teria condições de ponderar sob a contribuição do método para eficácia das aprendizagens. Esta questão se coloca como um apontamento da nossa pesquisa e sugere que é pertinente atentar para o tempo que os estudantes tiveram para entender o processo de ensino ao qual foram expostos. Assim, supomos que, passado um determinado intervalo entre a experiência e sua aferição, os estudantes estarão mais aptos a avaliar determinado processo de ensino-aprendizagem com maior discernimento. Dessa reflexão decorre nossa opção em investigar o discurso de estudantes egressos, médicos/as já em atuação profissional, acerca de sua própria formação.

Observadas estas questões, a pesquisa aponta indícios de que atividades que caminham por trilhos alternativos, e diferentes daqueles ancorados às perspectivas tradicionais de ensino-aprendizagem, parecem, em um primeiro momento, receber adesão dos estudantes. No

mais, a partir deste estudo, entendemos relevante o desenvolvimento de pesquisas que busquem analisar os relatos de estudantes e egressos a partir da AD e, dessa forma, considerar o contexto de produção dos discursos e os não ditos, intrínsecos às falas desses sujeitos.

A investigação de Igor Cardoso (2011), de título “Métodos ativos de aprendizagem na engenharia: o uso da aprendizagem baseada em problemas no ensino de logística de transportes” se assemelha ao estudo desenvolvido por Macagnan (2012) na medida em que também desenvolve uma pesquisa-ação em disciplinas específicas a fim de compreender a concepção de professores e estudantes sobre as atividades desenvolvidas a partir de Metodologias Ativas da Aprendizagem. A pesquisa se desenvolve em uma turma de Logística Empresarial do Mestrado em Engenharia de Produção e nas turmas de Logística e Transporte nos cursos de graduação em Engenharia de Produção e Administração de Empresas, propondo atividades de acordo com as proposições da ABP. Tal qual se pode observar na pesquisa de Macagnan (2012), os alunos também são convidados, no estudo de Cardoso (2011), a falar precocemente sobre a experiência formativa da qual participaram, o que, como já expusemos, pode comprometer o resultado.

O que chama atenção na pesquisa de Cardoso (2011) e nos oferece indicações importantes para desenvolvimento de nossa pesquisa são as dificuldades apontadas por alguns discentes acerca da compreensão dos problemas propostos para problematização nas aulas, apontados como mal elaborados e, assim, responsáveis por um dificultoso processo de compressão do tema. A partir disto, se evidencia em nossa investigação a necessidade de conhecer a concepção dos nossos participantes de pesquisa acerca da elaboração dos problemas a serem estudados, dado que são âncoras do processo de ensino da ABP.

No trabalho de Eli Borochovicus, denominado “Avaliação do Problem-Based-Learning no curso de Administração”, é desenvolvida uma investigação no curso de Administração na Universidade do Vale do Itajaí na qual se procura conhecer se o trabalho desenvolvido no curso a partir da ABP está de acordo com os pressupostos teóricos do referido método. Em seus resultados, a pesquisa indica que muitas vezes, não havia muita coerência entre teoria e prática no âmbito da ABP no curso e isto nos alerta para a necessidade de uma atenção especial nesse quesito.

3.2.2 Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM)

Assim como os trabalhos encontrados no Banco de Teses da CAPES, vários artigos dispostos na Revista Brasileira de Educação Médica, que tratam da temática da nossa

investigação, a partir do ano 2000, contribuem para as articulações teóricas que estamos desenvolvendo por oferecerem subsídios à pesquisa. Da mesma forma, também existem trabalhos que nos ajudam a delinear questões mais específicas em nosso percurso investigativo. Estes serão abordados adiante.

O artigo de autoria de Olga Angeli e Sonia Loureiro, de nome “Aprendizagem Baseada em Problemas e os Recursos Adaptativos de Estudantes do Curso Médico” caracteriza a maneira como estudantes de um curso de medicina avaliam sua experiência de aprendizagem por meio da metodologia da ABP. O estudo foi desenvolvido a partir de reuniões em grupos de reflexão com 12 estudantes do 2º ano do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília. Como resultados o trabalho sugere que o êxito ou não da implantação da metodologia da ABP depende, em parte, da forma como ela é apresentada e problematizada junto aos estudantes. Estes, segundo os resultados apresentados, precisariam desenvolver certa maturidade para lidar com esta metodologia, uma vez que estão habituados a estudar sob as coordenadas dos métodos tradicionais de ensino. Além disto, de acordo com as autoras, o estudo revela certa insegurança e desconfiança dos estudantes quanto ao método da ABP dado que estes parecem temer estar em desvantagem para competir no mercado de trabalho em relação aos estudantes formados com o método tradicional.

No trabalho de Romeu Gomes, et al., é apresentado um estudo bibliográfico acerca de artigos que fizeram estudos comparativos entre o ensino de graduação em medicina que utiliza a ABP com aqueles do currículo médico tradicional. Nesse processo, os autores buscaram por artigos nas bases de dados Lilacs, Medline e nas bibliotecas Cochrane e Scielo, escritos entre os anos de 1998 e 2008, que tratassem da formação médica em dimensões gerais. Com o estudo, concluíram que os cursos com uma estrutura curricular e metodológica baseados na ABP, possibilitavam um melhor desenvolvimento de competências por parte dos graduandos, principalmente nas dimensões humanas. Nesse panorama, no entanto, os autores reconhecem a necessidade de uma validação mais apurada dos resultados e, indicando que a maioria dos trabalhos que encontraram consistia em estudos quantitativos, apontam para a necessidade do desenvolvimento de pesquisas nacionais, de cunho qualitativo, que analisem os cursos de medicina locais a fim de compreender com maior veemência a estruturação dos que ancoram sua proposta formativa à ABP.

O artigo “Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem”, de autoria de Maria José Marin, analisa os pontos positivos e negativos dos métodos ativos de aprendizagem na ótica dos estudantes de Medicina e Enfermagem da

Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Como resultados, o estudo indica que os estudantes julgam os métodos ativos de ensino como sendo bastante produtivos uma vez que os coloca diante de situações reais que os aproximam de sua realidade profissional, isto através de atividades grupais e interdisciplinares que consideram as várias dimensões do trato com a saúde. Por outro lado, aquilo que se coloca como âncora do trabalho com a ABP, que é o foco no estudante como sujeito ativo e responsável pelo seu próprio processo de aprendizagem, se coloca como desafio para estes sujeitos que apresentam dificuldades para desenvolver autonomia a exercitar habilidades de autoformação. Isto nos aponta que para caracterizar os sentidos que os médicos atribuem aos métodos ativos adotados pelo curso é preciso ter em mente que os processos envolvidos nessa problemática são complexos. Desta forma, estarão intimamente relacionados com a ideia de formação e de mercado de trabalho que cada sujeito tem em mente, sendo pertinente que fiquemos atentos para estas questões.

4 A PROPOSTA FORMATIVA DO CURSO DE MEDICINA DA UFPE/CAA E CONTEXTOS PROBLEMATIZADORES

O final do terceiro ano do ensino médio se aproxima e a cobrança pela escolha de uma profissão e pelo ingresso na universidade se intensifica. Passar no vestibular se torna o objetivo primordial para milhares de estudantes de nosso país, que nesta fase passam por um momento de tensão conflituoso que definirá contornos conjunturais de vários aspectos da vida adulta desses jovens. Que profissão seguir, certamente, é a dúvida que mais assola os concluintes do ensino médio e o curso de Medicina torna-se alvo de desejo de uma camada gigantesca desta população de jovens.

Para pensar nesta popularidade do curso, podemos nos remeter à concorrência do vestibular nas Universidades Brasileiras em que o curso de Medicina quase sempre figura no topo, sendo o curso com maior número de inscritos por vaga. Tal concorrência não ocorre por acaso e está relacionada ao prestígio social que o curso de medicina detém na sociedade e esse é, talvez, um dos principais fatores sociais que cerca o processo de profissionalização do médico e sua atuação

A profissão do Médico, considerada juntamente com a do engenheiro e do advogado como profissão imperial no Brasil, tal qual apontado por Vargas (2010), há muito é detentora de nítida credibilidade em meio à sociedade e o estudante aprovado no vestibular de medicina recebe homenagens e é parabenizado pela escolha, sendo visto como um jovem com inteligência acima da média e tornando-se motivo de orgulho para colegas, amigos, familiares, vizinhos, etc. De acordo com Cláudio Nogueira (2005):

[...] a escolha de um curso superior pode ser descrita como resultado de um conjunto de percepções (crenças e valores explicitamente formulados ou tacitamente assumidos como conhecimento prático) que o indivíduo sustenta em relação a si mesmo e ao ambiente de ação (p.11).

A partir deste autor, podemos entender que muitos são os fatores que influenciam a escolha por um curso de graduação. Assim, como exposto por Vargas (2010), baseado em Schwartzman (1998), para além da ideia de vocação, a escolha do curso superior está relacionada às expectativas que o indivíduo cria para si a partir da influência externa do meio social e dos cálculos e ponderações que efetiva antes da escolha do curso. O meio social em que o indivíduo está inserido valora os cursos e as profissões a partir da reprodução de ideologias instituídas mediante processos hegemônicos das relações sociais, e os indivíduos, por sua vez, são colocados diante de equações postas por estes processos ideológicos e, assim,

precisam solucioná-las analisando os ganhos que o curso de graduação pode lhes proporcionar. Como colocado por Vargas (2010):

A correlação entre o “lugar social” e a percepção individual embasa o fenômeno da auto-seleção na escolha do curso superior, articulando as dimensões objetiva e subjetiva da realidade. Dessa forma, citando Schwartzman (1998), o tema “vocação” não tem vida própria nessa escolha, sendo, talvez, apenas a variável de impulso, a partir da qual o estudante produzirá c culos e adequa es (SCHWARTZMA, 1998, apud Vargas, 2010, p. 114).

Nesse processo, ao ingressar na universidade, o graduando de medicina   cercado por tensões sociais complexas que exercem influência sobre seus processos de formativos. Neste cenário, são colocadas sobre os estudantes e sobre os cursos diversas expectativas que poderão influenciar a forma como visualizam sua forma o. Disso decorre a importância de entendermos como médicos/as significam seus próprios processos formativos em um curso orientado por um paradigma que pretende formar para além do domínio técnico científico, e que por isto pode ser visto por alguns como algo prejudicial para a boa qualifica o profissional do médico.

A partir da proposta investigativa deste estudo, assim, torna-se necessário falar sobre o que entendemos por forma o e tecer uma discussão acerca dos aspectos envoltos na forma o discente para que possamos entender os fenômenos sociais e psicológicos que exercem influência sobre ela e sobre a prática profissional do médico.

Michel Fabre (1992) tece algumas considera es importantes acerca do conceito geral de forma o que, segundo ele, vagueia em meio a várias interpreta es e passou a integrar as discussões no campo das práticas educativas de forma pouco compreensiva. Para este autor:

A ideia de forma o   composta por distin es conceituais que obscurecem o discurso pedagógico e que apresenta vários termos para definir o conceito, vagueando em lugares que vão desde "instru o", "educa o", "ensino", "aprendizagem", sem ser capaz de atribuir-lhe um termo específico (FABRE, 1992, p. 119).⁵

⁵ Tradu o nossa. Abaixo, texto na íntegra, no idioma de origem.

L'idée de formation brouille également les distinctions conceptueUes et obscurcit le discours pédagogique en s'insinuant quelque part entre «instruction », «  ducation», «enseignement», «apprentissage», sans qu'on puisse lui assigner un site déterminé

Podemos perceber, a partir desta linha de raciocínio, que o conceito de formação é, muitas vezes, utilizado de forma genérica, não se especificando sobre que tipo de formação se faz referência ou sobre o que se está querendo dizer ao se utilizar o termo formação. É, inclusive, a partir deste cenário de conceituações destoantes acerca da formação que Fabre (1992) é levado a identificar e classificar quais os tipos de formação no contexto de processos educativos.

Antes disto, no entanto, o referido autor se questiona sobre a possibilidade da utilização do termo formação ser dissociado dos conceitos de educação, instrução e ensino. Nesse processo, faz considerações semânticas acerca do termo, expondo como é definido pelos franceses e pelos gregos e como passa a se constituir no campo pedagógico.

Na definição dos franceses, de acordo com o autor, o conceito de formação corresponde aos processos naturais e/ou culturais pelos quais as coisas se constituem, se formam, e os resultados advindos deste processo. Já para os gregos uma produção natural ou técnica seria fruto da união da matéria e forma, sob a ação de um agente visando-se determinada finalidade.

Consequente a estas definições, Fabre (1992) discorre sobre o sentido pedagógico do termo que se constitui, segundo ele, a partir de alguns eixos. O currículo, o resultado e a qualificação estariam ligados ao eixo “qual a sua formação”. O sistema educacional se apresentaria sob o eixo da formação de professores. O processo formativo colocaria a formação como sendo um trabalho em si mesma. E por último, o juízo de valor definiria o eixo questionador sobre o que seria ou não formativo. Neste contexto, para Fabre (1992), o ato de formar se coloca como um processo, sendo que alguém sempre está sendo formado para algo ou para alguma coisa.

Tomando a ideia deste autor, de que a formação se apresenta sob diversas faces, chamamos de formação, neste trabalho, o processo pelo qual o estudante se qualifica profissionalmente e pelo qual se ancora a formas de ser e de se comportar, considerando sua função social e a função que esse processo de qualificação desempenha sobre sua vida enquanto ser social e individual. Dessa maneira, o processo formativo do/a estudante de medicina está relacionado a aspectos sociais, psicológicos, profissionais e didáticos que exercem, o tempo todo, influência sobre a forma que ele significa sua formação, e dessa maneira, sua profissão.

A proposta formativa do Curso de Medicina estudado por esta pesquisa está baseada nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da Graduação em Medicina, postuladas

em 2014, e se constitui a partir dos pressupostos do paradigma da integralidade, ancorando-se a uma organização curricular interdisciplinar e aos parâmetros das Metodologias Ativadas da aprendizagem e ao método da Aprendizagem Baseada em Problemas.

Para prosseguir com o processo analítico desta pesquisa, é necessário que façamos uma apresentação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC), que apresenta justificativa, objetivos, proposta curricular, metodológica e avaliativa. Deste modo, conhecendo o documento que norteia a proposta formativa da escola de medicina que é nosso campo de pesquisa, teremos condições de analisar com maior rigor o discurso médico sobre seu próprio processo formativo, que ocorreu formalmente nesta instituição.

Após apresentar um breve histórico da Universidade a qual o curso pertence, da formação médica no Brasil e do curso de Medicina da Unidade acadêmica da capital, o documento em questão fala sobre a justificativa da implantação do curso de medicina na Unidade de interiorização que segundo o mesmo, surge para integrar o ensino da saúde com a realidade da região interiorana. Nesse processo, o documento discorre que o curso foi aprovado em um contexto de debates sobre a emergência de uma reforma no ensino médico brasileiro para que propusesse alternativas às demandas sociais da população brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS), ora imerso em um quadro de muitas dificuldades conjunturais. De acordo com o PPC, essas dificuldades

[...] têm orientado o governo a romper com a medicalização e o imediatismo, valendo-se de estratégias de democratização da saúde, que combinam com a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a equidade da atenção à saúde, ampliando a participação dos setores sociais nas políticas públicas (PPC MEDICINA, 2014, p. 09).

Nesse percurso, o documento dispõe sobre a relevância estratégica da implantação do curso em uma cidade que mesmo se configurando como um importante centro de convergência econômica na região e tendo apresentado um acelerado crescimento econômico nos últimos anos, não tem sofrido impactos significativos no âmbito da melhoria da qualidade de vida da população. Esta que, segundo o documento, é marcada por grande índice de vulnerabilidade, pobreza e de desigualdade social. Nesse sentido, o PPC indica que há uma indissociabilidade entre o ser psíquico, biológico e social dos indivíduos e que, sendo assim, o grau de desenvolvimento político, social e econômico de determinada população é reflexo de sua saúde.

O PPC advoga, nesse processo, que uma população desprovida de saúde tem seu exercício de cidadania prejudicado e que sendo a Universidade uma instituição que tem amplo

compromisso social deve propor ações que visem democratizar os serviços do sistema público de saúde para a população socialmente excluída. Assim, de acordo com o PPC, “o setor de educação expressa a necessidade do atendimento dos interesses públicos de cumprimento de uma formação de recursos humanos com responsabilidade acadêmico-científica, ética e humanística” (p.10).

É a partir desse cenário discursivo que o Curso de Medicina justifica sua proposta formativa que parte do princípio da integralidade dos processos de saúde-doença com os fenômenos sociais e do ideário de uma formação mais holística dos estudantes de medicina, incentivados no âmbito do curso a desenvolver estratégias de autonomia intelectual para permanecer em um processo formativo genuíno e atuar criticamente, mesmo quando egressos, nos sistemas de saúde, propondo mudanças para os problemas sociais que exercem influência sobre a saúde da população. Assim, o PPC se utiliza das contribuições teóricas de Paulo Freire para defender a ideia de que o homem, e especificamente o profissional da medicina, é um ser inconcluso que deve exercitar em todos os anos de seu ofício profissional habilidades de autoformação para que continue aprendendo ao longo de sua vida. Na perspectiva deste curso de Medicina, assim:

[...] o processo educativo não deve se limitar aos anos de universidade, e sim estimular a continuidade desse processo ao longo dos anos. Isso faz com que se forme profissionais criticamente reflexivos e atuantes socialmente, de forma a trazer benefícios pessoais, comunitários e sociais (PPC MEDICINA, 2014, p. 15).

Nessa mesma linha de raciocínio, o PPC discorre que o curso propõe a formação dos médicos mediante um projeto educativo que para além de prever o domínio técnico-científico da profissão, valoriza os aspectos conjunturais das relações e práticas sociais envoltas nos processos de promoção da saúde.

Dadas às justificativas para proposta do curso, o PPC expõe os sete pilares nos quais se fundamenta: 01 - Aprendizagem Ativa; 02 - Integralidade do ser humano; 03 - Diversificação de ambientes e utilização de diversas técnicas pedagógicas; 04 - Aprender fazendo; 05 - Interdisciplinaridade; 06 - Permanente aperfeiçoamento curricular; 07 - Radical compromisso social.

No que concerne ao primeiro pilar que corresponde à Aprendizagem Ativa o PPC expõe que o ensino deve ser centrado nos estudantes que serão aguçados a ter curiosidade científica a partir da resolução conjunta de problemas, denominados estudos de caso, em contexto clínico e social. Nesse pilar é frisado que o estudante terá autonomia para escolher a

melhor forma de aprender tendo ajuda do professor/tutor que poderá auxiliá-lo nesse processo. No segundo pilar, da Integralidade do ser humano, o PPC situa a necessidade de haver um sistema de relação entre indivíduos, familiares e comunidades considerando-se as dimensões biológica, subjetiva, étnico-racial, socioeconômico, ambiental, cultural e ética. No pilar que corresponde à diversificação de ambientes e utilização de diversas técnicas pedagógicas é proposto um ensino flexível da prática médica, que deve valer-se de técnicas pedagógicas variadas. A partir do quarto pilar, Aprender fazendo, chama-se a atenção para priorização da relação prática-teórico-prática sendo os problemas extraídos da prática profissional e social com base na necessidade de incorporação de conceitos, noções e princípios, incorporação esta que será efetiva mediante conjugação dos aspectos do aprender a aprender com o aprender fazendo, sendo este último, segundo o PPC, responsável pelo desenvolvimento de habilidades psicomotoras e de atitudes.

O quinto pilar refere-se à Interdisciplinaridade e propõe uma formação que, mediada pela ABP, trabalhe de forma concomitante com os aspectos psicológicos, biológicos, culturais e socioeconômicos no âmbito dos fenômenos envolvidos no trato com a saúde-doença. No sexto eixo, que consiste no permanente aperfeiçoamento curricular, é prevista uma autoavaliação que possa oferecer elementos significativos para o aperfeiçoamento da proposta curricular do curso que deverá ser avaliada continuamente e de forma coletiva. No que corresponde ao sétimo e último pilar, que é o radical compromisso social, versa-se sobre a atuação médica no trabalho com a sociedade que deve se dar como forma de compromisso social, observadas as necessidades da saúde da população.

Apresentados os pilares orientadores da proposta pedagógica do curso, o PPC parte para definição de seus objetivos. Nesse processo discorre que o objetivo geral do Curso é “formar médicos com múltiplas competências e habilidades para prestar cuidado integral ao ser humano” (p. 18). Nesse processo o PPC recorre a Delors (1997) para indicar que:

Pautado em excelência ética, técnica e humanística, o curso visa “contribuir para o desenvolvimento total da pessoa – espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade” (PPC Medicina, 2014, p. 18 apud DELORS, 1997).

Para definir os objetivos específicos do curso, o PPC recorre ao Art. 4º da Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que dispõe sobre as áreas de desdobramento das habilidades e atitudes requeridas do egresso para o exercício profissional do médico. Assim, define como objetivos específicos: promover, assegurar e avaliar a aprendizagem e formação de

conhecimentos, habilidades e atitudes nas áreas de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação na Saúde.

Após definir os objetivos do curso, o PPC trata sobre o perfil profissional do egresso que se deseja. Assim, indica que o curso propõe formar médicos generalistas com caráter ético, humanista, reflexivo e crítico e capacitados para atuar em todos os níveis do SUS, integrando as dimensões biológicas, mentais, sociais, políticas e espirituais do processo de saúde-doença, sendo guiado pelo senso de responsabilidade em equipe de saúde e compromisso com a população atendida.

Em sequência, o PPC trata sobre o campo de atuação profissional do médico formado, discorrendo que a atuação no SUS será o principal foco de formação podendo os médicos atuarem na assistência, pesquisa, ensino, e gestão nos diversos níveis de cuidado. Além do SUS é exposto que os médicos podem atuar em instituições médicas privadas bem como em instituições de ensino como professores.

Nesta direção, o documento apresenta as competências, atitudes e habilidades a serem internalizadas pelos estudantes em seu processo formativo e que partem dos quatro pilares do conhecimento citados pela comissão internacional sobre educação para o século XXI no Relatório para a UNESCO. São eles: 01 - Aprender a conhecer, que corresponde, segundo o PPC, a adquirir os instrumentos da compreensão; 02 - Aprender a fazer, para atuação no meio em que se insere; 03 - Aprender a viver junto, que corresponde ao processo de cooperação social no âmbito das atividades humanas; e 04 - Aprender a ser, que seria, como exposto no PPC, a integração dos três pilares anteriores. Tais pilares, segundo o PCC, expressam uma síntese da compreensão do curso acerca das dimensões do processo de ensino-aprendizagem.

Conseqüentemente, o Projeto Pedagógico estrutura um quadro, a partir dos três ciclos de competência do médico generalista mediante elaborações teóricas de Harden et al. (1999). O 1º Ciclo corresponde àquilo que o médico é capaz de fazer, o que está relacionado, segundo o quadro, a "Fazer a coisa certa": 1 - Competência em habilidades clínicas. 2 - Competência em procedimentos práticos. 3 - Competência na investigação do paciente. 4 - Competência ao conduzir o paciente. 5 - Competência na promoção da saúde e na prevenção das doenças. 6 - Competência em comunicação. 7 - Competência na gestão da informação. O 2º Ciclo refere-se à prática médica e relaciona-se a "Fazer corretamente": 1 - Entendimento das ciências básicas e clínicas e seus princípios. 2 - Ter atitudes éticas. 3 - Utilizar habilidades de tomada de decisão, raciocínio clínico e julgamento. Já o terceiro 3º Ciclo relaciona-se ao perfil do

profissional médico e corresponde a "Ser a pessoa certa": 1 - Entendimento do seu papel dentro do sistema de saúde. 2 - Atitude positiva para o desenvolvimento pessoal.

O PPC expõe, nesse processo, que ao final da formação universitária o egresso do curso de medicina deverá possuir habilidades referentes aos seguintes aspectos: Valores profissionais, atitudes e comportamento; Habilidades de comunicação; Fundamentos médico-científicos; Habilidades clínicas; Saúde coletiva e sistemas de saúde; e Gestão da informação e raciocínio crítico.

Depois de definir competências, atitudes e habilidades a serem desenvolvidas durante a formação do médico, o PPC parte para a definição metodológica da proposta formativa do curso. Nesse processo, indica que o curso está fundamentado no construtivismo e prioriza o ensino a partir de metodologias ativas centradas no aluno. Estas, segundo o PPC “imprimem um ritmo de constante curiosidade científica e humanística necessárias para facilitar a continuidade do processo de aprender na prática profissional cotidiana” (p. 25).

Segundo o PPC, opta-se pelo desenvolvimento de vários métodos de aprendizagem entre eles a ABP, a problematização, a Iniciação científica e atividades desenvolvidas em laboratórios de informática, laboratório morfofuncional de habilidades e sensibilidades. Assim, tais métodos propõem:

[...] aprendizagem em pequenos grupos; participação ativa dos estudantes em desenvolver seus objetivos de aprendizagem e buscar recursos para aprender; aprendizagem baseada em casos reais em contínua integração de prática e teoria; ressignificação das descobertas e objetivos de aprendizagem; produção de conhecimento a partir da prática, no constante processo de praticar, refletir criticamente e praticar novamente; desenvolver habilidades de resolver problemas de maneira integral e crítica.

O documento chancela que essas metodologias correspondem ao que há de mais avançado na educação médica e carregam em seu bojo acessibilidade, flexibilidade e interdisciplinaridade. Assim, é exposto que estas se adéquam às necessidades do curso e a sua proposta formativa.

No tocante ao processo de avaliação, o PPC externa que a avaliação do aprendizado dos estudantes não deve se resumir ao registro da frequência e de notas, devendo-se enveredar por meio de uma concepção de avaliação com caráter dinamizador que se proponha a diagnosticar, problematizar e reencaminhar o trabalho pedagógico. Para tanto, de acordo com o projeto, deve vigorar um processo de avaliação reflexivo que foque na construção da aprendizagem e que rompa com a perspectiva classificatória e prescritiva da avaliação, concretizada a partir de resultados simplistas expressos apenas por meio de notas.

Neste sentido, o documento discorre que o caráter diagnóstico da avaliação direciona o trabalho docente para um processo de problematização e questionamentos por parte dos professores acerca de sua própria prática pedagógica, isto a partir de um exercício profissional regrado pela constante autoavaliação. No que se refere aos instrumentos avaliativos, é exposto que é necessário que sejam elaborados com vista a assegurar os critérios da avaliação reflexiva, abrangente, contextualizada, havendo um processo avaliativo claro e frisando-se aquilo que se pretende avaliar.

Ademais, sobre o processo de avaliação, o PPC enfatiza a imbricação dos critérios de avaliação com os objetivos da aprendizagem e o planejamento curricular, sendo permitido, a partir desta integração, que o currículo se torne um organismo vivo e se utilize a avaliação para (1) indicar a aquisição dos objetivos educacionais pelos estudantes e (2) verificar se o currículo e as condições de ensino estão em consonância com estes objetivos (PPC Medicina, 2014).

Depois de apresentar a proposta avaliativa do curso, o documento dispõe sobre sua estrutura e organização curricular. Assim, destaca a interdisciplinaridade como elemento fundante desta estruturação do currículo e discorre que a diversificação do ambiente de aprendizagem e a flexibilidade são fatores que existem para garantir um processo de aprendizagem ativo por parte dos estudantes.

Nesse processo, o PCC aponta que os componentes curriculares se organizam em módulos que constituem as unidades curriculares obrigatórias do curso. Estas se classificam em cinco tipos: a) Módulo Temáticos Interdisciplinares; b) Módulo de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC); c) Módulo Transversal de Atualização Científica; d) Módulo de Iniciação Científica e Avaliação; e) Módulo de Internato. Estes módulos, desta forma, serão trabalhados no decorrer do curso que está organizado em dois ciclos. O primeiro ciclo compreenderá os quatro primeiros anos do curso e o segundo ciclo o quinto e o sexto ano.

O PCC expõe, nesse processo, que em cada um dos quatro primeiros anos do curso há dez módulos, sendo seis módulos Temáticos Interdisciplinares com duração de cinco semanas cada, dois módulos de Prática Curricular de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), com 15 semanas cada, um Módulo Transversal, com duas semanas, de Iniciação Científica e avaliação, e um Módulo Transversal de Atualização Científica também com duas semanas. O documento aponta que todos os módulos são integrados tendo como ponto de partida os problemas estruturados e a prática em serviço.

No que concerne aos módulos do quinto e sexto ano, segundo ciclo do curso, estes correspondem aos estágios curriculares obrigatórios (internatos 1,2,3 e 4) a serem realizados em ambientes assistenciais da rede pública de saúde. Os estágios serão, assim, desenvolvidos em cinco áreas, definidas pelo PPC como áreas básicas: Clínica Médica, Pediatria, Clínica Cirúrgica, Saúde Mental, Ginecologia e Obstetrícia. Como via de entender a uma exigência das Diretrizes curriculares de Medicina, da carga horária obrigatória no mínimo 30% deve ser realizada em serviços de atenção básica, havendo um estágio em Medicina de Família e Comunidade, e em serviços de urgência e emergência de cada área básica. Aos estudantes será possibilitada a realização de um estágio opcional em uma área e/ou especialidade de sua preferência. Isto se coloca, segundo o PCC, como forma de garantir a flexibilidade do estágio obrigatório.

O documento externa que a duração dos internatos corresponde a 99 semanas, sendo 14 dedicadas à Clínica Médica, 14 semanas em Cirurgia Geral, 14 semanas em Pediatria, 14 semanas em Ginecologia e Obstetrícia, 14 semanas em Saúde Mental, 14 semanas em Medicina de Família e Comunidade, 12 semanas de Estágio Opcional e 03 semanas de férias no segundo ano do Internato. Os internatos, segundo o PPC podem ser realizados na ordem desejada pelos estudantes e a carga horária total dos mesmos corresponde a 3.840 horas.

De acordo com o documento, além dos requisitos básicos obrigatórios há ainda o oferecimento de disciplinas eletivas de perfil que servirão para cumprimento da carga horária complementar obrigatória. Assim, para cumprir os requisitos desta carga, os estudantes poderão escolher dentre as disciplinas eletivas oferecidas em todos os campi da Universidade aquelas que se adequem a seus interesses. Além disto, poderão substituir as disciplinas eletivas por atividades complementares que são atividades de pesquisa, extensão, monitoria, representação discente, estágios curriculares não-obrigatórios e outras atividades desenvolvidas pelos estudantes que podem ser creditadas em seus históricos escolares.

Em suma, podemos avaliar que conhecer o Projeto Pedagógico do curso de medicina se coloca como uma estratégia importante uma vez que esse projeto é responsável por orientar as atividades desenvolvidas pelos estudantes. Assim, nos propomos na pesquisa a compreender quais discursos estão atuando sobre os médicos egressos do curso e se estes estão ou não em consonância com o discurso de atenção integral à saúde propagado pela sua proposta pedagógica.

4.1 CONCEITUANDO METODOLOGIAS ATIVAS, PBL E PROBLEMATIZAÇÃO

De acordo com Mitre et al (2008), na cultura ocidental, as discussões sobre método são bastante antigas e surgem desde as reflexões de filósofos clássicos, como Platão e Aristóteles. A definição originária do termo método, segundo estes autores, corresponde ao “caminho a ser seguido”, advindo do grego: *meta* = atrás e *hodós* = caminho. Assim, a palavra método refere-se:

[...] aos passos que deverão ser dados para se atingir um lugar ou um fim. Recorrer ao sentido etimológico de método torna-se bastante pertinente ao se considerar a educação como esse fim, especialmente, nos últimos anos, nos quais vêm sendo amplamente debatidas as melhores veredas para a formação (MITRE et al, 2008, p. 2134).

Segundo Lampert (2001), a partir dos trabalhos pioneiros de John Dewey, surgem as bases para as discussões sobre Metodologias Ativas da aprendizagem no âmbito da formação médica. A nomenclatura “Metodologias Ativas”, nesse processo, se imbuí em definir métodos de ensino que concebem o estudante como sujeito produtor e ativo do processo de ensino-aprendizagem e o não indivíduo passivo e receptor de saberes. Além disto, como sujeito que aprende na interação com o meio social e com seus pares em um processo de aprendizagem mútuo (CARVALHO FILHO, 2011). Nas palavras de Dewey (1979) “aprender é próprio do aluno: só ele aprende, e por si; portanto, a iniciativa lhe cabe. O professor é um guia, um diretor; pilota a embarcação, mas a energia propulsora deve partir dos que aprendem” (p.43).

O ideário acerca das Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem apresenta, em linhas gerais, censuras às concepções educacionais tradicionais da educação médica, privilegiadas no relatório Flexner, que concebem o processo educativo como aquele que ocorre mediante memorização enciclopédica e pela transmissão de conteúdos dos professores, considerados detentores dos saberes, para os estudantes vistos como indivíduos passivos e aptos a assimilar sem reflexão e memorizarem os conhecimentos que lhe são apresentados.

As Metodologias Ativas, de acordo com Marin et al. (2010), pressupõem uma proposta formativa focada no aluno. Assim, o processo de ensino-aprendizagem é desenvolvido concebendo o estudante como sujeito ativo e autônomo que para além de apreender conteúdos necessita aprender a aprender para que se condicione a um processo formativo que perdure por toda sua vida profissional, não se restringindo ao período de formação universitária. Além disto, estas metodologias estão ancoradas ao ideário de uma

formação médica holística, crítica e humanística, comprometida com as necessidades sanitárias da população.

Nessa esteira, pode-se perceber que Metodologias Ativas vêm se apresentando como tendência pedagógica, na atualidade, sobretudo nos cursos da área de saúde. Maria Isabel da Cunha (2001) discorre que essas metodologias são potencializadoras de aprendizagens significativas e contextualizadas que consideram os indivíduos em suas dimensões físicas, psíquicas, sociais, históricas e culturais e que são capazes de agregar à formação dos estudantes aptidões para superar os desafios sociais aos quais são expostos. De acordo com as estudiosas da área de Educação e Saúde Luciana Fabiane Sebold et. al (2010):

Estas Metodologias desenvolvem a participação ativa dos educandos no processo dinâmico de construção do conhecimento, resolução e avaliação de problemas, trazendo o educando para o papel de sujeito ativo de seu crescimento, protagonista do processo (p. 754).

Em razão das inúmeras e complexas dificuldades que cercam a aprendizagem em todas as etapas da formação escolar dos sujeitos, em nosso país, desde a educação básica até aquela superior, parece pertinente compreender, a partir do discurso de profissionais formados sob essa perspectiva como é significada a aprendizagem a partir de Metodologias Ativas. Isto porque a discussão sobre essas metodologias ganha evidência no cenário da educação atual, em nosso país, principalmente no contexto dos debates sobre a renovação dos processos educacionais, tornando-se pertinente estudar as concepções educativas que são evidenciadas na cultura.

Apenas para citar dois exemplos de dificuldades contemporâneas, no âmbito do ensino e aprendizagem na educação formal, podemos nos referir, na educação básica, aquelas enfrentadas por muitos educadores que se vêm constrangidos a lidar com os aparatos de Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDIC), muitas vezes impostos pelas políticas públicas, dentro da sala de aula, sem uma adequada preparação quanto às estratégias de uso no cotidiano escolar.

Se voltamos nosso olhar para a educação superior, focando justamente os cursos que se voltam para o ensino e aprendizagem, pode-se citar o paradoxo vivido naqueles de formação de professores nos quais se pratica, ocasionalmente, aquilo que se condena, vigorosamente, como princípio, para um adequado processo de ensino e aprendizagem. Em outras palavras, quando este tipo de recorrência se faz presente nestes cursos, a prédica é para que os estudantes, quando inseridos em atividade profissional, desenvolvam atividades com

seus alunos diferentes daquelas que lhe foram oferecidas pelos seus professores da universidade.

Como é normal em tudo que é novo na cultura, a instalação de cursos de medicina que utilizam Metodologias Ativas pode provocar resistências por parte de estudantes que venham a entender na abertura do currículo para Metodologias Ativas um perigo para a qualificação profissional do médico. Uma vez que se transfere o foco das metodologias tradicionais para aquelas com uma perspectiva mais ativa é possível que se crie uma atmosfera de desconforto por parte de estudantes que tendam a entender essa reformulação metodológica como um afrouxamento acerca do ensino rígido e estanque, historicamente entendido como indispensável para formação de bons médicos.

A discussão acerca de Metodologias Ativas, no âmbito da formação médica, se entrelaça, segundo Carvalho Filho (2011), às perspectivas socioconstrutivistas da educação, a partir de Vygotsky. Além disto, como apontado por Mitre et al (2008) apresenta elementos das teorizações de Dewey sobre a aprendizagem ativa, das discussões de Paulo Freire e Saviani sobre problematização e ainda do método da ABP.

Na perspectiva socioconstrutivista de Vygotsky, que oferece bases conceituais para as Metodologias Ativas, a aprendizagem ocorre mediante interação dos estudantes com seus pares durante um processo formativo, sendo o contexto social e histórico de cada grupo destes o nascedouro da construção de aprendizagens e o professor o mediador desse processo e não o transmissor de conhecimentos. Em outras palavras, em um processo de ensino mediado por Metodologias Ativas os alunos precisariam ter autonomia para buscar e selecionar informações e realizar atividades em grupos, físicos ou virtuais, para que exista um diálogo de experiências que possa enriquecer a formação dos mesmos. Assim, na medida em que os saberes de cada indivíduo, adquiridos em todo seu percurso de vida, são acessados por ele e compartilhados para os outros indivíduos, estará ocorrendo um processo de aprendizagem mútuo, no qual aprende tanto o aluno que revisita sua memória e compartilha a informação quanto os alunos que entram em contato com aquele novo conhecimento.

Na perspectiva das Metodologias Ativas, via concepções vygotskianas, não cabe mais ao professor a tarefa de apresentar conteúdos aos educandos através de aulas expositivas, demandando deles mera repetição daquilo que foi visto, e sim fazer uso das possibilidades de investigação, criação e colaboratividade para criar situações coletivas de interpretação e produção de conhecimentos pelos discentes (VYGOTSKY, 2009).

A produção de conhecimentos, nessa perspectiva, ocorrerá pela mediação de um professor que se utilizará de estratégias para que a aprendizagem possa se desenvolver, considerando-se aquilo que os estudantes já sabem e o que podem saber. Para refletir sobre a mediação do professor no processo de aprendizagem a partir dos pressupostos socioconstrutivistas presentes nas Metodologias Ativas, é pertinente recorrer ao conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), elaborado por Vygotsky. Sobre a ZDP é importante destacar que corresponde ao espaço cognitivo em que a aprendizagem tem maiores possibilidades de se desenvolver, o que só será possível a partir de um processo de mediação dessa aprendizagem.

A ZDP define as funções que ainda não amadureceram, mas estão em processo de amadurecimento, funções que amadurecerão amanhã, mas estão ainda em estado embrionário. Tais funções podem ser chamadas de botões ou flores de desenvolvimento, ao invés de frutos do desenvolvimento. O nível real de desenvolvimento caracteriza o desenvolvimento mental retrospectivamente, ao passo que a ZDP caracteriza-o de maneira futura, o que está por vir (VYGOTSKY, 2007, p. 86).

Em tal abordagem, considera-se, a partir de Vygotsky (2007), que existem três níveis de desenvolvimento que merecem atenção no âmbito da construção de aprendizagens. Um primeiro nível corresponde àquele que contempla as aprendizagens já desenvolvidas e assimiladas pelo estudante e é denominado campo de desenvolvimento real. Agir sobre esse campo significa, assim, tentar possibilitar uma aprendizagem que já foi desenvolvida, não sendo propostos avanços na construção da aprendizagem dos estudantes. O conceito de campo de desenvolvimento real relaciona-se ao que Paulo Freire chama de conhecimentos prévios, que corresponde àquilo que os estudantes já sabem. Desta forma, em um processo de aprendizagem o professor precisaria diagnosticar os conhecimentos prévios ou conhecimento real dos estudantes para, a partir deles, prosseguir com o processo de mediação.

Um segundo nível relaciona-se a todas as aprendizagens que são possíveis de serem alcançadas pelo estudante. Assim, tal nível, denominado campo de desenvolvimento potencial, corresponde ao extremo do campo de desenvolvimento real. Enquanto esta última diz respeito ao que o indivíduo já sabe àquele primeiro refere-se a tudo que o indivíduo ainda pode aprender. O campo de desenvolvimento potencial, nesse sentido, é considerado complexo, haja visto que oferece uma gama de possibilidades muito ampla e que exige um grau de assimilação difícil de ser atingido pelo estudante. Nesse processo, a abordagem da ZDP surge do pressuposto de que as aprendizagens não são passíveis a ocorrer no campo de

desenvolvimento real, pelo baixo grau de complexidade que apresenta, tampouco no de desenvolvimento potencial, pelo alto grau.

Sendo assim, a aprendizagem apenas ocorreria no campo de desenvolvimento proximal que seria a distância ponderada entre o campo de conhecimento *real* e o campo de conhecimento *potencial*. No campo *proximal*, nessa perspectiva, a aprendizagem pode ser possibilitada a partir de um processo de mediação incumbido de identificar o nível real e potencial acerca do processo de aprendizagem do estudante e propor atividades coerentes com a realidade apresentada por ele. Falando sobre a aprendizagem no âmbito da ZDP, Nascente (2004) relata que:

Em situação de sala de aula, esse aprendizado deve ocorrer dentro do processo de desenvolvimento conjunto de significados entre professor e alunos, mediado pelo participante mais proficiente, o professor, o qual dá apoio ao aprendiz, atuando dentro da ZDP do aluno, enquanto este não é capaz de desempenhar a tarefa de forma independente, processo no qual ocorre o desenvolvimento tanto do aluno quanto do professor. Isto é, são as respostas que o aprendiz dá quando da atuação do instrutor em sua ZDP durante a interação, que possibilitam ao professor trazer à tona o seu conhecimento e repensá-lo, explorando ao máximo a potencialidade da situação de ensino-aprendizagem. A prática instrucional torna-se, então, dentro de uma perspectiva vygotskyana, não o espaço de aplicação de uma teoria, mas o próprio espaço em que a teoria se constitui (p. 94).

De acordo com Mitre et al (2008), o processo de mediação da aprendizagem nas Metodologias Ativas, que se desenvolve na perspectiva educativa socioconstrutivista de Vygotsky, ocorre por meio da problematização, processo pelo qual o professor apresenta os conteúdos e faz as ponderações necessárias para auxiliar os estudantes na produção dos conhecimentos.

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento (Mitre, 2008, p. 2136).

Segundo as pesquisadoras Maria Zanotto e Tânia Rose (2003), no artigo denominado “Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua”, a problematização está embasada principalmente em três correntes de pensamento, propostas por Dewey, Saviani e Paulo Freire.

As autoras indicam que a primeira proposta de uma metodologia com ênfase na ação de problematizar, com objetivos didáticos, foi elaborada no início do século XX, por Dewey. Baseadas em Nérici (1998), estas autoras indicam que o processo de problematizar na perspectiva de Dewey deveria colocar o estudante em uma situação autêntica de experiência que lhe causasse interesse, devendo as atividades ter propósitos definidos e havendo como resultado algo concreto. Como apontado por Kenneth Teitelbaum e Michael Apple (2001):

Dewey acreditava que toda a ideia, valor e instituição social originavam-se a partir das circunstâncias práticas da vida humana. Não eram nem criações divinas, nem tão pouco refletiam determinado tipo de ideal. A verdade não representava uma ideia à espera de ser descoberta; só poderia ser concretizada na prática. Toda instituição e toda a crença, analisadas dentro do seu contexto específico, deveriam ser submetidas a um teste para estabelecer a sua contribuição, no sentido mais lato, para o bem público e pessoal (p.197).

No que concerne à perspectiva de Saviani acerca da problematização, ele propõe uma ideia baseada no materialismo histórico-dialético. De acordo com Saviani (2008), para o desenvolvimento de uma aprendizagem parte-se de um abstrato, que corresponde aos conhecimentos que a humanidade já produziu, aos conhecimentos prévios dos estudantes, indo-se em direção ao concreto pensado, que ele denomina prática social. Este concreto pensado, nesse processo, se torna, a partir de um processo dialético de problematização, o novo abstrato que através de nova problematização será novamente processado, tornando-se novamente o concreto pensado e assim sucessivamente, na forma de espiral. Dessa forma, a prática social para Saviani (2008) é ponto de partida e de chegada, sendo necessária a mediação do professor para que a relação entre o concreto e o abstrato seja gradativa e não permaneça no nível do sendo comum.

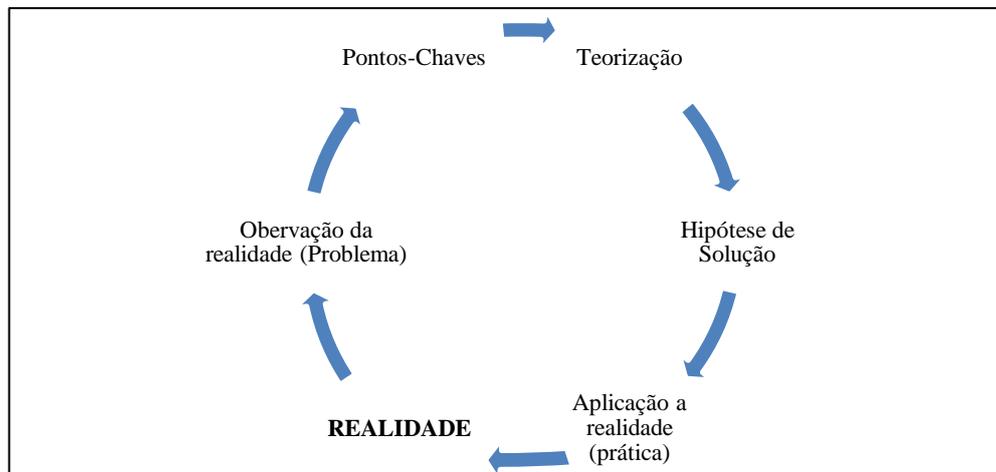
Na perspectiva de Freire (1996), a problematização ocorre mediante umas práxis em que o sujeito, em uma perspectiva emancipatória, busca soluções para realidade em que vive e a partir de sua ação transforma esta realidade ao passo que também se transforma. Nesse contexto, Santos (2011) discorre que a metodologia da problematização a partir de Freire “foi pensada como meio de conferir sentido crítico à realidade e, a partir daí se retirar os componentes capazes de conferir significado e direção às aprendizagens” (p. 20). Segundo a autora, a partir da proposta da problematização:

Freire buscava, na verdade, uma forma de educação que valorizasse o potencial criador dos educandos, delineando uma metodologia que tornasse perceptível aos alunos se descobrir como seres criativos, portadores de saberes e de cultura. Seu pensamento pedagógico, neste sentido, se revelaria

articulado a um projeto social e político, entendendo o educar como o pensar sobre um outro mundo possível (p. 21).

O processo de construção de aprendizagens, nessa perspectiva, ocorre mediante a ideia de que se deve conhecer para transformar. De acordo com Santos (2011), a metodologia da problematização é regida por etapas específicas e que partem sempre da identificação de um problema extraído da realidade. De acordo com Berbel (1998), a metodologia problematizadora pode ser bem representada pelo Arco de Charles Maguerez, exposto no trabalho de Bordenave e Pereira (1982). O arco se apresenta a partir de cinco etapas de desenvolvimento e pode ser assim representado:

FIGURA 2: Etapas do arco de Maguerez



Fonte: Berbel (1998). Adaptado pelo Autor (2021)

Berbel (1998) discorre que pouco se tem conhecimento sobre a forma como Maguerez aprofundou a discussão a partir do arco de sua autoria e propõe uma explicação própria a partir das cinco etapas metodológicas propostas pela elaboração de Maguerez. A primeira etapa diz respeito à observação da realidade social concreta por parte dos alunos a partir de uma unidade de estudo ou tema específico. Nesta etapa os professores orientam os estudantes a observar atentamente a realidade e a registrar de forma sistematizada o que perceberem naquilo que observaram.

Na segunda etapa, os alunos deverão ser estimulados a refletir sobre as possíveis causas da existência do problema. “Neste momento os alunos, com as informações que dispõem, passam a perceber que os problemas de ordem social (os da educação, da atenção à saúde, da cultura, das relações sociais etc.) são complexos e geralmente multideterminados.”

(Ibid. p. 143). Nesse processo, os alunos poderão identificar os principais pontos chave acerca do problema e poderão ter uma compreensão mais criteriosa, abrangente e crítica acerca dele. Serão estes pontos chaves, inclusive que serão desenvolvidos na terceira etapa que corresponde à teorização.

Na etapa três é feita a investigação nas fontes de informações. Desta maneira, os estudantes se organizam para pesquisar em livros, artigos, revistas científicas, anais de eventos, etc. as informações relacionadas aos pontos-chaves definidos para aprofundamento. “As informações obtidas são tratadas, analisadas e avaliadas quanto a suas contribuições para resolver o problema. Tudo isto é registrado, possibilitando algumas conclusões, que permitirão o desenvolvimento da etapa seguinte” (Ibid. p. 144).

No que corresponde à quarta etapa, que é a das hipóteses de solução, a investigação realizada precisaria oferecer elementos para gerar reflexão sobre as possíveis soluções a serem tomadas pelos estudantes para sanar o problema. Assim seriam feitos questionamentos, tais como: O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito?

Na quinta parte, que diz respeito à aplicação da realidade, deverão ser tomadas as decisões para solução do problema senso os alunos incentivados a desenvolver compromisso social com o meio em que estão inseridos e “exercitem a cadeia dialética de ação - reflexão - ação, ou dito de outra maneira, a relação prática - teoria - prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social” (Ibid. p. 145). Este mesmo autor discorre que a metodologia problematizadora:

Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem (p. 144).

Carvalho Filho (2011), tecendo uma discussão acerca da problematização, frisa que é recorrente a confusão entre a definição de problematização com o do método da ABP, do qual falaremos mais adiante. Assim, ele aborda que é importante ter em mente as duas perspectivas metodológicas se diferenciam quanto a seus objetivos e não podem ser tratadas como sinônimas. Este mesmo autor, baseado em Berbel (1998), chama a problematização de

metodologia da aprendizagem e aponta umas das principais diferenças entre as duas abordagens:

A Metodologia da Aprendizagem pode ser utilizada para o ensino de determinados temas de uma disciplina, nem sempre sendo apropriada para todos os conteúdos, constituindo-se em uma opção do professor, enquanto que a PBL é uma metodologia que passa a direcionar toda organização curricular, devendo, portanto, ser uma opção de todo o corpo docente, administrativo e acadêmico (p. 75)

Para além disto, ele expõe que na ABP os problemas são elaborados por uma comissão pedagógica designada especificamente para isto, sendo organizados de acordo com os conteúdos curriculares programados pelo curso. Já na metodologia da Problematização os problemas podem ser identificados pelas estudantes através da observação da realidade, não estando necessariamente submetidos a uma situação-problema anteriormente definida pelo corpo docente.

Como já exposto, as teorizações sobre ABP, por sua vez, surgem a partir da publicação dos trabalhos de Howard Barrows, Jim Anderson e John Evans, desenvolvidos, na década de 1960, na Faculdade de Medicina da Universidade McMaster, no Canadá. Assim, a proposição do método da ABP vem de encontro ao ensino médico tradicional, marcado pelos pressupostos do relatório flexneriano e por um ideário pedagógico centrado no professor e em aulas expositivas ministradas por especialistas em área do conhecimento.

De acordo com Dolmans; Schmidt (2010) e Ivama (1997) a partir do trabalho com a ABP aspira-se a um processo pedagógico que possibilite ao estudante desenvolver autonomia intelectual e ser protagonista de seu processo de aprendizagem. De acordo com Romeu Gomes, et al:

No modelo pedagógico norteado pela ABP, busca-se, principalmente, fornecer ao estudante condições de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais aplicáveis tanto para o cuidado dos pacientes, quanto para a manutenção da postura de estudar para aprender pelo resto da vida profissional (2008, p. 434).

Ainda segundo Gomes et al. (2008), no modelo da ABP a centralidade do processo formativo recai sobre o estudante que é considerado como sujeito ativo que precisa ser estimulado a buscar as informações autonomamente para ser autor de seu processo de aprendizagem, exercitando, deste modo, habilidades para aprender a aprender. O método da ABP coloca-se, assim, com o objetivo de estimular o exercício de aprender a aprender e o

desenvolvimento conceitual, procedimental e atitudinal do estudante (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014).

A perspectiva pedagógica da ABP seria, dessa forma, uma aliada da aprendizagem uma vez que propõe uma ruptura com o paradigma que a restringe a um fenômeno unidirecional, no qual predomina um emissor atuante, o professor, e um receptor inativo, o aluno. Lógica que ainda hoje sustenta o ensino dito tradicional, mesmo que o seu discurso o renegue. Ao ingressar-se na lógica das Metodologias Ativas da ABP parecem contemplados os paradigmas contemporâneos que entendem o fenômeno da construção de conhecimentos a partir de um processo ativo do sujeito e que se dá quando esse articula os conhecimentos que já possui com aqueles que lhes são novos e interage com seus pares na busca de superação de desafios e problemas devidamente contextualizados. Baseado em Venturelli (1997), Carvalho Filho (2011) escreve sobre um dos pilares centrais da ABP e que consiste nas reuniões tutoriais em pequenos grupos, nas quais os estudantes de medicina são colocados diante de problemas com contextos clínicos a serem solucionados na forma de estudos de caso. De acordo com o autor, este processo:

Promove a cooperação, a colaboração e o estímulo constante dos membros do grupo, além de formas superiores de discussão, compreensão e raciocínio. Favorece, também, a habilidade do estudante de trabalhar em equipe, de respeitar os objetivos comuns do grupo e de adquirir um sentido de tarefa comunitária (p. 109 e 110).

No que se refere às etapas destas reuniões tutoriais, que constituem o método da ABP, Carvalho Filho (2011) discorre que as sequências das etapas variam de curso para curso, mas que de forma geral se dão na sequência, a saber: a) apresenta-se uma situação problema ao grupo de alunos, que organizam suas ideias e tentam solucioná-la com o conhecimento que já possuem a respeito do assunto; b) por meio de discussão, os alunos elaboram perguntas, chamadas de pontos ou questões de aprendizagem (learning issues) sobre os aspectos do problema que não entendem; c) os alunos classificam em ordem de importância as questões de aprendizagem levantadas pelo grupo e decidem quais questões serão investigadas por todo o grupo e quais podem ser delegadas individualmente e, posteriormente, partilhadas com o restante do grupo; d) quando os alunos se reencontram, eles exploram as questões de aprendizagem prévias, integrando seus novos conhecimentos ao contexto do problema; os alunos também são encorajados a fazer uma síntese de seus novos conhecimentos e conexões com os anteriores, continuando a definir novas questões de aprendizagem, à medida que progredem na solução do problema; e) depois de terminado o trabalho com o problema, os

alunos avaliam a si mesmos e seus pares, de modo a desenvolver habilidades de autoavaliação e avaliação construtiva de colegas.

Na década de 1970, segundo Carlini (2006) a ABP é adotada na Holanda, na Universidade de Maastricht, Austrália, em Newcastle, e Estados Unidos, na Universidade de Harvard. No Brasil, de acordo com o mesmo autor, em 1993 o método foi adotado na Escola de Saúde Pública do Ceará, em 1997 na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e em 1998 no curso de Ciências Médicas da Universidade de Londrina (UEL). Como exposto por Luiz Ribeiro (2008), o método vem sendo adotado em várias Universidades pelo mundo, inclusive no Brasil, tornando-se uma alternativa para os cursos de medicina que anseiam por uma proposta pedagógica que confira autonomia intelectual aos estudantes e que se norteiam pelos pressupostos do paradigma da integralidade e das Metodologias Ativas.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 ABORDAGEM DE PESQUISA

Para o cumprimento do objetivo da presente pesquisa: compreender os significados que os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE atribuem aos seus processos formativos, nos filiamos aos pressupostos da pesquisa do tipo qualitativa que “parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objeto e a subjetividade do sujeito.” (CHIZZOTTI, 2006, p. 42).

Dessa forma, esta pesquisa se configura como qualitativa uma vez que se orienta por uma ótica que considera os contextos e as subjetividades apresentadas pelos dados produzidos e direciona um olhar investigativo que mais do que quantificar elementos, se propõe a compreender os fenômenos e os discursos dos participantes de pesquisa a partir de um viés mais holístico, que concebe os indivíduos em suas várias dimensões. Sobre pesquisas de cunho qualitativo encontram-se, também, as concepções de Minayo (2008):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (p.21).

É importante esclarecer, entretanto, que o cunho qualitativo da pesquisa decorre de seu próprio objeto de estudo que se debruça sobre os significados, as percepções e os sentidos que os participantes de pesquisa atribuem aos seus processos formativos na universidade. Desta forma, mesmo que as pesquisas sociais já pressuponham, em seu bojo epistemológico, uma abordagem metodológica qualitativa (MINAYO, 2008), opta-se aqui por realçar para o leitor que a perspectiva científico-metodológica que embasará o tratamento dos dados produzidos no estudo segue os pressupostos dessa natureza de pesquisa.

Não se está aqui, inclusive, fazendo-se um contraponto à pesquisa do tipo quantitativa já que dadas as condições e a existência de objetos de estudo que a suscitem, pode ser um tipo de pesquisa com notável relevância. Como salientam Minayo e Sanchez (1993), falando da pesquisa do tipo qualitativa e quantitativa, “do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra” (p.247), sendo necessário apenas que a abordagem de pesquisa utilizada seja coerente com o objetivo da pesquisa e ofereça subsídios para seu cumprimento.

O tipo de estudo adotado, por sua vez, se configura como exploratório e explicativo. É exploratório uma vez que nos debruçamos a explorar os conceitos e os discursos sociais referentes a formação médica e situar a pesquisa dentro de um campo de formação específico, o que corrobora com o conceito apresentado por Severino (2007) quando indica que “a pesquisa exploratória busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando, assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto.” (p.123). A partir do estudo exploratório, dessa forma, tivemos condições de analisar os discursos dos/as dos/as egressos/as dentro de um contexto e tecer explicações acerca dos sentidos revelados, a partir da abordagem explicativa, que de acordo com Gil (2008):

[...] tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas (p. 28).

5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os/as participantes da pesquisa são médicos/as egressos do curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE, das duas primeiras turmas, selecionados/as a partir de uma amostragem não probabilística, que, de acordo com Cooper & Schindler (2003) é subjetiva e não aleatória, permitindo ao pesquisador selecionar suas observações de forma intencional. Especificamente, se classifica como do tipo conglomerado, havendo uma divisão da população estudada em subgrupos internamente heterogêneos.

Dessa forma, de antemão, foi (re)compartilhado um formulário online (Apêndice I) em grupos de uma plataforma de mensagens instantâneas, aos quais boa parte do universo de aproximadamente 150 egressos/as, estava conectada. Seu objetivo era traçar o perfil daqueles que se dispusessem a participar do estudo, para que pudéssemos fazer uma seleção. A opção de contato remoto se apresentou com a mais viável, considerando que os/as médicos/as estão atuando em diferentes espaços, em cidades, estados e regiões distintas, não tendo sido possível estabelecer contato físico. Além, disso, o contexto pandêmico ainda vigente aspirava cuidados.

Nesse processo, o questionário foi respondido por 16 (dezesesseis) médicos/as, dos/as quais 14 (quatorze) se prontificaram, inicialmente, a contribuir com a pesquisa. A partir desse grupo, considerado numeroso para participação integral no estudo, devido às limitações postas

pela pandemia, realizamos uma filtragem, a fim de diminuir o número amostral, sem comprometer, no entanto, sua representatividade.

Para tanto, selecionamos uma variedade de participantes observando os seguintes critérios: 1 - Cor/raça (interesse por médicos/as autodeclarado negros/as e não negros/as) 2 - Perfil socioeconômico (interesse por médicos/as originários de escolas públicas e privadas); 3 – Regionalidade (interesse por médicos/as naturais de cidades do nordeste e de outras regiões); 4 - Local de atuação (interesse por médico/a atuando no mercado de trabalho, no setor público e no privado, médico/a atuando na residência médica, médico/a atuando em comunidade do campo, indígena e/ou quilombola); 5 – Parentesco com médicos/as (opção por participantes com e sem parentes médicos na família); 6 – Entrada na universidade (opção por estudantes de diferentes turmas), e 7 – Gênero (interesse por médicos/as de gêneros distintos);

Entendíamos que esses aspectos, tomados para seleção dos participantes, conseguiriam propiciar um trabalho analítico heterogêneo, já que poderíamos compreender os discursos dos/as médicos/as fazendo sentido dentro de contextos sócio-históricos e de atuação específicos.

Dessa maneira, para a seleção dos/as médicos/as, primeiramente os/as classificamos pela categoria de cor/raça e identificamos que apenas um destes se autodeclarou negro (**Participante 1 – P1**) e, assim, foi automaticamente selecionado para participar da pesquisa. Este também declarou atuar como médico em uma comunidade do campo, ficando o critério de local de atuação parcialmente atendido.

Após essa definição, procedemos com a classificação dos/as participantes pelo critério de perfil socioeconômico, sendo verificado que apenas duas pessoas são oriundas de escolas públicas. Dessas, apenas uma (**Participante 2 – P2**) se prontificou a colaborar com o estudo, sendo também selecionada para participar da pesquisa. A Participante 2, ademais, é a única que é natural de uma cidade localizada fora da região Nordeste e está cursando Pós-Graduação na Modalidade de Residência Médica, na área de Pediatria, no estado de São Paulo, ficando o critério de regionalidade e local de atuação parcialmente contemplados.

Ainda para contemplação do critério de local de atuação, observamos que além de P2, mais dois médicos e uma médica estavam cursando Pós-Graduação na Modalidade de Residência Médica. Assim, selecionamos aquele que estava se especializando em Medicina da Família e Comunidade e que possuía médicos na família (**Participante 3 – P3**) e aquela que estava cursando Residência na área de Anestesiologia, no estado no Rio de Janeiro (**Participante 4 – P4**). Também tínhamos interesse na participação do outro profissional, que

estava se especializando na área de Cirurgia Geral e era o único, dentre aqueles que haviam indicado interesse em participar da pesquisa, que atuava exclusivamente no setor privado. No entanto, este não retornou nosso contato.

A propósito, na busca por profissionais que atuassem, além do público, também no setor privado, já que nenhum dos participantes, até então, atendia a esse critério, selecionamos o **Participante 5 - P5**, que além de se adequar a esse perfil era o único que possuía médico na família de até segundo grau de parentesco.

Assim, para contemplação integral do critério de local de atuação e equiparação entre participantes do gênero feminino e masculino, selecionamos, entre as duas pessoas que atuavam em comunidades indígenas, a **Participante 6 -P6**, que tinha o perfil semelhante ao de seu colega de profissão, exceto pelo gênero e também pelo fato de ser da primeira turma do curso. Até então, todos os selecionados eram da segunda turma. Além de P6, havia no grupo apenas outra médica da primeira turma, mas ela declinou do convite para colaborar com a pesquisa, embora ao responder o formulário de seleção tivesse se colocado à disposição.

Dada a natureza da pesquisa qualitativa e os critérios adotados para seleção dos/as participantes do estudo, compreendemos que essa amostragem, composta por seis médicos/as, se configurou como relevante, tendo sido capaz de produzir dados significativos generalizáveis acerca do que a pesquisa objetivou.

5.3 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DOS DADOS

A partir da natureza de estudo da presente pesquisa, seguimos um viés de análise baseado nos pressupostos da AD. Assim, optou-se por fazer uma análise das entrevistas semiestruturadas realizadas, de forma individual, com os/as participantes de pesquisa, através de videoconferência gravadas, para posterior transcrição do diálogo. Sobre a realização de entrevistas semiestruturadas Rosa e Arnoldi (2008) sublinham que:

As questões deverão ser formuladas de forma a permitir que o sujeito discorra e verbalize seus pensamentos, tendências e reflexões sobre os temas apresentados. O questionamento é mais profundo e, também, mais subjetivo, levando ambos a um relacionamento recíproco, muitas vezes, de confiabilidade. As questões seguem uma formulação flexível, e a sequência e as minúcias ficam por conta do discurso dos sujeitos e da dinâmica que acontece naturalmente (p. 31).

Nesse processo, recorre-se à entrevista semiestruturada para identificar a quais efeitos de discurso os/as médicos/as estão alinhados, no tocante aos paradigmas da formação médica,

caracterizar os sentidos que os médicos atribuem a perspectiva curricular e metodológica adotada pelo curso, a partir de suas atuações profissionais e/ou acadêmicas e identificar se a integração dos estudantes no SUS desde o primeiro ano de formação contribuiu para compreensão do exercício da medicina no âmbito dos processos de promoção de saúde e compromisso social dos/as médicos/as com a saúde pública.

Assim, a entrevista semiestruturada permitiu, ainda, que o roteiro da entrevista (Apêndice III) fosse flexível e delineado a partir de novas questões que foram surgindo, sendo possível que fossem elucidadas aquelas que não foram pensadas a priori, mas que se colocaram como pertinentes para as investigações concernentes à pesquisa.

É importante salientar que, no processo de construção do roteiro da entrevista, optamos por elaborar questões que não fossem enviesadas, no sentido de induzir os/as participantes a darem respostas previsíveis sobre a temática da pesquisa. Assim, elaboramos algumas questões mais gerais a fim de que os/as participantes nos apresentassem dados acerca das vivências que foram mais significativas em seus processos formativos na graduação.

5.4 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para organização dos dados da pesquisa definimos três capítulos de análise, elencados a partir dos objetivos específicos do estudo. Visto que propomos como objetivo geral compreender os significados que os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE atribuem aos seus processos formativos na graduação, entendemos que seria importante especificar os elementos da proposta formativa do curso que interessavam a cada objetivo específico. Com isso, conseguimos melhor delimitar a investigação.

O primeiro capítulo se atém aos paradigmas em disputa no âmbito da formação médica, buscando identificar a quais deles os/as médicos/as estão ideologicamente mais aproximados/as. Assim, inicialmente, tratamos de **identificar se os discursos dos/as médicos/as se alinham mais ao paradigma flexneriano** – que preconiza a especialização precoce do médico já durante sua formação inicial, restringindo o trabalho dos profissionais da medicina ao tratamento fragmentado de doenças em hospitais – **ou ao paradigma da integralidade**, ao qual o curso se ancora – que propõe uma educação focada na formação de médicos/as generalistas, aptos a atuarem em todos os níveis de atenção e a dirigirem olhar

integral ao ser humano, considerando as dimensões biológicas, mentais, sociais, políticas e espirituais no trato com os processos de saúde-doença.

É importante destacar, no entanto, que, apesar de situarmos estas duas tendências discursivas como sendo as principais no âmbito das propostas de formação médica, a discussão em torno delas não está sendo polarizada, no sentido de serem apresentadas como as únicas possíveis. As percepções em torno dos paradigmas de formação dos cursos de medicina podem variar e, inclusive, se apresentar com formações mistas e baseadas em tendências outras.

No segundo capítulo, por sua vez, caracterizamos os sentidos que os médicos atribuem a **perspectiva curricular e metodológica adotada pelo curso**, a partir de suas atuações profissionais e/ou acadêmicas. Assim, discutimos sobre como os/as médicos/as valoram essa proposta: **se consideram que ela foi adequada para formar bons profissionais**, aptos a atuarem em diversos espaços e níveis de atenção, **ou deficitária**, tendo comprometido o estudo específico das tradicionais disciplinas/áreas da medicina e trazido prejuízos para suas atuações.

Já no terceiro capítulo tratamos das discussões acerca da **integração dos/as estudantes no SUS desde o primeiro ano de formação**, através do PIEESC, refletindo **se contribuiu para que os/as egressos/as compreendessem o exercício da medicina no âmbito dos processos de promoção de saúde e compromisso social dos/as médicos/as com a saúde pública**. Dito de outro modo, discutimos sobre como os/as profissionais avaliam as contribuições dessa inserção para formação de médicos/as cientes das necessidades da saúde pública brasileira e comprometidos/as com o SUS.

Nesse processo, para que pudéssemos proceder com as análises dos dados, realizamos um agrupamento dos relatos transcritos dos/as participantes da pesquisa, em consonância com o que seria discutido em cada capítulo, a fim de que pudéssemos identificar interdiscursos e analisá-los a partir de blocos temáticos.

6 OS DISCURSOS DOS/AS MÉDICOS/AS SOBRE A PRÓPRIA FORMAÇÃO PRODUZINDO SENTIDOS

Como exposto na seção anterior, a análise dos dados da pesquisa, que objetivou compreender os significados que os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE atribuem aos seus processos formativos na graduação, foi realizada a partir dos objetivos específicos do estudo. Assim, na seção 6.1 apresentamos as análises referentes ao objetivo específico 1: Identificar a quais efeitos de discurso os/as médicos/as estão alinhados, no tocante aos paradigmas da formação médica. Na Seção 6.2, as que dizem respeito ao 2º objetivo: Caracterizar os sentidos que os médicos atribuem a perspectiva curricular e metodológica adotada pelo curso, a partir de suas atuações profissionais e/ou acadêmicas. Na seção 6.3, por sua vez, apresentamos resultados e discussões acerca do 3º objetivo específico: Identificar se a integração dos/as estudantes no SUS desde o primeiro ano de formação contribuiu para compreensão do exercício da medicina no âmbito dos processos de promoção de saúde e compromisso social dos/as médicos/as com a saúde pública.

6.1 PARADIGMAS EM DISPUTA NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO MÉDICA

6.1.1 A medicina é o mundo... ela não é hospitalar... não é você saber fazer cirurgia... ela vai muito além disso

Para identificarmos a quais efeitos de discurso os/as médicos/as estão alinhados, no tocante aos paradigmas da formação médica, questionamos, inicialmente, sobre o que os/as motivou a cursarem medicina e se isso estaria ligado a uma ideia de vocação. Os/as participantes de pesquisa falaram sobre diversos aspectos, dos quais nos chamou atenção aqueles presentes nas falas de P1, P3, P5 e P6, devido a repetição de sentidos, logo no início das repostas, que se referem a quebra de expectativas após a entrada no curso:

Eu acho que rola uma, uma romantização muito grande da área médica, sabe? E eu romantizei também na hora de entrar, por isso que eu penso que eu tive, em alguns momentos, até sorte, porque o que eu descobri ser medicina é bem diferente do que eu achava que era. E eu gostei do que eu descobri. Eu acho que eu não seria tão feliz se eu vivesse hoje o que eu achava que era quando fiz.
(ENTREVISTA - P1)

E quando a gente chega no primeiro período daqui do curso é uma quebra muito grande, eu acho, eu achei, né, durante a minha formação, que é uma quebra muito grande desse ideal. Então como é uma quebra muito grande existe um processo de luto. (ENTREVISTA - P3)

É porque, na verdade, a gente tem uma visão muito glamourizada, né? Muito em parte por conta dos seriados, dos filmes né? Trazem uma realidade americana que é completamente desconectada da realidade brasileira, né? O suporte social, enfim. É totalmente diferente. A construção social de lá, da medicina, é bem diferente da nossa. (ENTREVISTA - P5)

*É porque a **medicina é o mundo** né? Eu tive noção disso depois que eu entrei na faculdade, depois que eu tive acesso ao SUS, né, que eu percebi que é a medicina ela é muito grande né, a medicina **ela não é hospitalar**, na medicina **não é você saber fazer cirurgia**, sabe? Não é só você fazer procedimentos, **ela vai muito além disso!** (ENTREVISTA - P6, grifo nosso).*

A partir desses relatos, podemos observar que os/as médicos/as, no início do curso, tinham percepções sobre a medicina ancoradas, sobretudo, a interdiscursos atravessados pela ideologia de supervalorização da profissão médica, posicionada socialmente enquanto profissão nobre e de prestígio, como apontado por Vargas (2010), ou, tal qual sugerem P1 e P5, profissão de “glamour”, “romantizada”, palavras usadas para nos referirmos ao que é belo, elegante, sensível, mas também ao que é privilégio para poucos, ao que é fantasioso. É ilusório, à título de exemplo, imaginar que a realidade de um romance americano – que conta a história de médicos/as dedicados/as a diagnosticar e tratar doenças raras, dentro de hospitais totalmente equipados com tecnologias de ponta – é a mesma da saúde pública brasileira, imersa em diversos contextos de ausência de recursos, superlotação de hospitais e cenários de adoecimentos facilitados pelas desigualdades sociais existentes no país.

Essa idealização romantizada, dessa forma, se materializava a partir da associação do trabalho médico a uma prática hospitalocêntrica descontextualizada, a partir do tratamento fragmentado de doenças, como evidenciado por P6, exercendo influência sobre a forma como a sociedade concebe a medicina e, possivelmente, mascarando as verdadeiras necessidades sanitárias da população. Essas que passaram a ser evidenciadas por parte da equipe docente do curso no qual os/as médicos/as estavam inseridos/as, “quebrando” o que havia sido idealizado enquanto medicina e gerando em alguns o que P3 identificou como processo de luto, mas em outros um sentimento positivo de descoberta, como expresso por P1 e P6.

Falando sobre o relato de um professor acerca da proposta formativa do curso, durante a primeira semana de atividades, P6 discorreu que ele falou que “naquele curso, que não ia ter contato com cadáver, e que naquele curso a gente ia ter contato com a vida, a gente ia ter contato com poesia, a gente ia ter contato com o cinema. Eu acho que foi essa a grande sacada”. Se referindo ao mesmo professor, P1 relatou que:

Ele falou que o curso do NCV ele era ele pra criar bons médicos, que fossem contra esse esse regime, esse modelo hospitalocêntrico tradicional e que não tava ali pra gerar pessoas que fossem se tornar ricas. [...] Eu acho que essa definição na hora, assim, me encantou. Eu pensei: Não, eu tô no lugar certo aqui, mas fiquei quietinho porque não era, não era um pensamento hegemônico, claro que eu não fui o único lá, muita gente também achou legal o discurso, mas revoltados fizeram barulho. (ENTREVISTA – P1)

Como pode ser observado, havia naquele momento uma tentativa de desconstrução dos discursos existentes na cultura sobre a profissão médica e proposição de uma conscientização acerca da proposta do curso em formar médicos/as generalistas e não especialistas, comprometidos/as com o SUS e com promoção de saúde em sua integralidade, em todos os níveis de atenção, e não focados/as na doença, nos privilégios da profissão e no retorno financeiro. Além disso, já se apresentava parte do que seriam as perspectivas curriculares e metodológicas do curso, centradas na diversificação de espaços pedagógicos e não no estudo enciclopédico das disciplinas básicas da medicina.

A partir desse contexto, observa-se que a medicina se apresentava para P1 e P6 como campo de estudo e atuação mais amplo e, certamente, mais significativo do que imaginavam. Evidentemente que esse processo de quebra de expectativas, não ocorreu sem que houvesse, também, descontentamentos e questionamentos por parte da comunidade discente. Afinal, estava sendo colocado em xeque boa parte das construções ideológicas, enraizadas em formações discursivas da sociedade, sobre o que é um curso de medicina, sobre o que é ser médico/a (VARGAS, 2010).

[...] Teve-se um conflito muito grande no começo do curso por parte de alguns alunos porque achavam que a gente tava passando por um processo de lavagem cerebral na graduação, porque o foco do curso, um dos focos do curso, era na atenção básica, na atenção primária, nos postos de saúde. [...] Muita gente não sabia que o próprio currículo de medicina ele tinha passado por uma reformulação e que ele exigia uma carga horária mínima na atenção básica e que a gente tava pagando uma carga horária que era mínima. Então [...] o

contato inicial da gente era com atenção básica. (ENTREVISTA - P1).

[...] Mas durante o processo de formação, ele é bem, é briga, né, pelo menos a minha turma e a primeira foram muitas brigas. Os alunos contra os professores, durante o processo de formação. Teve muito isso. (ENTREVISTA – P3).

No tocante às posições contrárias dos discentes à proposta apresentada pelo curso, os discursos dos/as egressos/as nos revelam que, para além das filiações aos interdiscursos sociais que aspiram a uma formação especializada de médicos/as já na graduação (PAGLIOSA E ROS, 2008), existia um desconhecimento por parte dos/as estudantes acerca das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pela Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que define, em seu artigo 3º, que o graduado em medicina terá formação generalista, como capacidade para atuar nos diferentes níveis de atuação, não se excluindo o nível da atenção primária.

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

Além disso, identifica-se que havia, também, no contexto discursivo, um enviesamento político que trazia à baila as lutas corporativas e os conflitos de interesse que sempre cercaram os cursos de medicina e as entidades médicas, como referido por Pierucci (2007).

Naquele momento eu acho que a gente tinha muito aquela visão [...] de que a medicina de família era uma tentativa de [...] injetar, colocar um discurso político na graduação. [...] Porque você pegar, por exemplo, Cuba. Cuba tem cursos de medicina que são voltados pra atenção básica. [...] Aí começou todo um discurso de: “Ah, querem transformar, formar médicos cubanos”. (ENTREVISTA – P1).

Depreende-se que existia um receio coletivo de que a proposta do curso estivesse embricada a concepções político-ideológicas que fossem de encontro àquelas com as quais os/as estudantes sentiam-se mais aproximados/as, sobretudo no âmbito do debate nacional sobre o Programa Mais Médicos, criado em 2013, que dividiu opiniões da comunidade

médica e da sociedade em geral, e do cenário de polarização política que se instaurava naquele ano em nosso país, a partir de uma avalanche de manifestações populares.

Nesse sentido, a oposição de estudantes ao que seria uma formação médica semelhante a oferecida em Cuba se revelava a partir de interdiscursos associados a correntes político-ideológicas de extrema-direita, que ao evidenciarem as características comunistas desse país, escrevendo-as sob uma perspectiva negativa e nociva, alertam a população para uma (pseudo)ameaça comunista ao Estado Democrático de Direito brasileiro que, segundo posições extremistas, pretendem transformar o Brasil em uma nova República de Cuba.

Os conflitos ideológicos acerca da proposta de formação do curso abarcavam o próprio corpo docente, como pode ser observado no relato de P1, ao descrever que alguns professores acirravam os debates entre estudantes.

A gente muitas vezes era puxado pra lados diferentes, sabe? [...] Ao invés de o curso ter, por exemplo: essa é a proposta do curso e a gente vai, a gente tinha professores que puxavam a gente pra um modelo mais tradicional, outros que puxavam mais pra esse [...] mais voltado pra criticar esse pensamento hospitalocêntrico focado na doença. (ENTREVISTA – P1).

A fala de P1 revela que a proposta do curso não havia sido incorporada por todos os professores, o que possivelmente ensejava maiores questionamentos por parte dos/as estudantes, que acabavam tendo referências docentes bidirecionais sobre a proposta apresentada. Observa-se que havia, ainda, um julgamento de que a proposta do curso, bem como a contratação de novos docentes, estava sendo balizada por um grupo de professores, que, supostamente, pretendiam formar médicos generalistas e médicos de família e comunidade, na tentativa de valorizar suas áreas de atuação, que segundo P2 se situavam, em sua maioria, na atenção primária.

Então, eu acho que foi justamente pelo fato de que os os nossos professores eles falavam que queriam que a gente, que assim, que a faculdade era pra formar médicos generalistas, né, e aí como eles falavam bastante isso, né. A gente tinha muito professor que era/é médico de família e comunidade, né. E principalmente no início, né, a gente teve muitas contratações de médicos mais generalistas do que de profissionais de áreas específicas, que a gente as vezes não sabia como é que era isso, não sabia como era a questão de concurso, de abrir vagas, se tinha vaga, né. A gente não conhecia essa área, né, da parte mais de gestão. Achava que [...] eles só tavam abrindo vaga pra médico generalista porque eles queriam, entendeu? Então foi uma

parte [...] que meio que todo mundo acabou pegando um ranço por achar essa isso, sabe? (ENTREVISTA – P2)

Nesse contexto, compreendemos que quaisquer que tenham sido os fatores que endossaram os questionamentos dos/as discentes em relação a proposta do curso, estes geraram, sobretudo nos primeiros anos da graduação, um sentimento de insegurança em parte dos/as estudantes. Isso porque entendiam que formar médicos generalistas, objetivo do curso, correspondia, necessariamente, a formar médicos de família e comunidade e temiam que sua formação fosse incompleta e não contemplasse o estudo de outras áreas e níveis de atuação, como evidenciado por P2 e P3:

Acho que foi justamente a visão errada da das primeiras turmas em falar que que a faculdade tava pra formar médicos da família e comunidade só. É porque era uma forma que gente via de uma maneira ruim o curso, entendeu? Tipo, meio que fazia a gente não gostar dessa parte, sabe? É uma visão ruim não por formar médicos da família e comunidade só, mas pela nossa visão preconceituosa de um médico de família. (ENTREVISTA - P2).

No início do curso me fazia sentir medo fazia eu me sentir menor e eu acabava me sentindo, mesmo que inconscientemente. Era como se a gente confirmasse esse julgamento das pessoas. Já no final do curso o sentimento era achar essa pessoa uma coitada que não entendeu o processo, não entendeu a proposta e está subjugando a todos, a formação de todos. (ENTREVISTA - P3).

Assim, imaginar que seriam formados para serem médicos/as de família e comunidade se colocava como problema uma vez que eram influenciados pelo discurso que superestima o trabalho de especialistas em hospitais e desvaloriza a atuação dos/as médicos/as em unidades de atenção básica, concebendo o médico de família como sendo inferior e menos competente, figurando na base do que seria a pirâmide de relevância dos profissionais da medicina, na qual os níveis de atenção à saúde verticalizam a importância dos/as médicos/as que atuam em cada uma. Isso pode ser observado a partir de relato de P4, ao tratar sobre um processo de discriminação sofrido em um ambiente de trabalho devido ao fato de ser uma médica generalista ainda sem especialização:

Eu acho que tem a questão que essa galera acha títulos né? É tipo assim: “eu sou anestesista”, “eu sou cirurgião”, e é a partir desses títulos que a medicina vai se construindo, nunca é se ela consegue fazer ou não essa ação. Se prendem tanto em títulos e acham que só elas sabem fazer as coisas que tem que diminuir os outros, que quando chega alguém que não tem título, que tá ali disposto a

trabalhar, elas precisam meio que dar uma humilhada pra crescer.
(ENTREVISTA – P4).

Ao discutir sobre as profissões imperiais em nosso país, concebendo a médica entre elas, Vargas (2010) denuncia o processo de manutenção, nas universidades, da hierarquia das carreiras e do perfil elitizado desses/as profissionais. Nesse sentido, compreendemos que as formações discursivas acerca dessa hierarquização, além de definirem a majestade da profissão médica em relação a outras, em sua maioria menos valorizadas, ainda determinam posições hierárquicas dentro da própria comunidade médica, a partir de títulos de especialização e locais de atuação, como suscitado por P4 e pelos/as demais participantes de pesquisa, ao revelarem o receio dos estudantes de medicina em tornarem-se médicos generalistas ou médicos de família e comunidade, sobretudo no início da graduação.

Trazendo para a educação superior a reflexão elucidada por Almeida (2007), acerca da ação da escola para manutenção das hierarquias sociais, identifica-se que esse processo acontece também no âmbito das universidades:

E como tal, a escola é objeto das mais sérias lutas em torno da definição legítima dos bons valores, ocupando, assim, um lugar central nos processos de produção e justificação das hierarquias sociais, distribuindo certificados que atestam o alto valor da pessoa que os possui e que diminuem, no mesmo movimento, o valor daqueles que não o detêm (p. 48).

Importa destacar que as formações discursivas que seguem nessa direção ainda são influenciadas por Flexner e seu relatório, a partir da ênfase dada à “sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, a organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade, a valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa, individualizada e unicausal da doença” (MITRE et al, 2008, p. 2135).

Os pressupostos positivistas continuam, assim, pautando práticas sociais na contemporaneidade (SANTOS, 2008) e exercendo influência sobre esses discursos de hierarquização na profissão médica, que demonstram ser bastante resilientes, se perpetuando desde o início do século passado.

Mesmo diante do exposto, os discursos e as práticas dos/as participantes de nossa pesquisa, apresentam significados que revelam que a perspectiva sobre médicos de família e comunidade e sobre a própria formação de médicos generalistas foi ressignificada no decorrer do curso. Identifica-se, assim, que houve uma compreensão acerca da diferença entre médico generalista e médico de família e comunidade, bem como uma descontinuidade da percepção de que um bom e respeitado trabalho médico precisaria estar ligado, necessariamente, à

atuação dos/as especialistas em hospitais, na atenção secundária ou terciária. A partir disso, teria havido um processo de conformidade dos estudantes com o que estava sendo proposto, como apontado por P1 e P2, e uma compreensão mais crítica sobre o contexto cultural de adoecimento, que amplia o olhar sobre a prática médica, como discorrido por P4.

*À medida que as pessoas foram tendo contato mais com a medicina foram entendendo que tudo era um processo, que tem que ter paciência, que a gente ia ter contato com outras áreas também. O pessoal foi se acalmando. [...] **Tanto que eu dizia: querem transformar a gente em médico de família e eu não vou ser médico de família. No final do curso tava eu lá: “Você quer ser o quê?” Eu, “médico de família!”*** (ENTREVISTA - P1, grifo nosso).

*Eu mudei muito, assim, eu acho que eu amadureci muito e consegui ver que a formação da gente não é porque a gente é formado e que que o curso é voltado pra formar médicos generalistas que, ah, é formado pra gente começar e fazer medicina de família e comunidade, por exemplo. Que era uma visão errada em que as primeiras turmas, que a gente tinha, no caso né? Eu acho que, realmente, é/foi um curso que é pra formação de médicos generalistas, mas que a gente conseguia abranger cada areazinha lá e conseguia fazer a prática sabe? Conseguia atuar em qualquer lugar. [...] **Quando eu me formei eu queria pegar posto de saúde. Não era uma visão que a gente tinha no início da faculdade.*** (ENTREVISTA – P2, grifo nosso).

*E quando você começa também a **entender a doença como algo cultural, né, e ligada ao meio.** Acho que modifica a sua visão de mundo. **Não é só tecnologia de ponta, não é só um paciente que chega e você tem que operar e você tem que passar um remédio. Um paciente que chega e vamos entender por que ele tá aqui. Eu acho que muita gente da minha turma conseguiu entender isso.*** (ENTREVISTA – P4, grifo nosso).

Tomando como base as construções discursivas dos/as egressos/as, não podemos afirmar, categoricamente, que subverteram totalmente suas concepções iniciais acerca da formação generalista e da atuação de médicos/as na atenção primária, tampouco que transcenderam a lógica de hierarquização que há tempos cerca a profissão, mas os seus discursos, aliados ao fato de atuarem profissionalmente, em sua maioria, em unidades de saúde da família, dá indícios de que do início ao fim do curso houve mudanças substanciais na forma como os/as médicos/as egressos significam essa formação.

Importa salientar que, entre os/as participantes do estudo, apenas P2 e P4 não atuam, atualmente, em unidades de saúde da família, estando integradas em cursos de Residência

Médica no sudeste do país, nas áreas de Pediatria e Anestesiologia, respectivamente. P3, por sua vez, é estudante do curso de Residência em Medicina de Família e Comunidade, área de especialização que também é desejo de P1, que disse estar se preparando para fazer uma seleção de ingresso ainda este ano. Nessa mesma direção, P6 expõe o desejo de continuar atuando na atenção primária: *“A vida da gente nos surpreende o tempo todo, mas eu quero continuar trabalhando como eu estou hoje, na atenção básica, vivenciando rodas de conversas, indo nas casas das pessoas, me estimulado a tentar me aperfeiçoar mais”*. O mesmo acontece com P5, que pretende cursar Residência Médica em Psiquiatria e demonstrou desejo em atuar em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, após conclusão da especialização.

6.1.2 Relação médico-paciente: um encontro de dois especialistas

Nessa sessão, tratamos sobre as construções discursivas dos/as médicos/as acerca dos processos de atendimento integral em saúde. Nesse sentido, discutimos sobre suas atuações junto aos pacientes, na tentativa de identificar marcas ideológicas que os/as aproximassem ou os/as distanciassem do paradigma da integralidade, que pressupõe a consideração dos indivíduos em todas as suas dimensões, no âmbito dos processos de saúde-doença.

Ao questionarmos os/as participantes de pesquisa sobre como estabelecem relações com seus pacientes, ouvimos diversos relatos do quais um se impôs de forma bastante categórica. Trata-se da fala de P1, que dá nome a esse subcapítulo e evidencia a importância dada por ele a criação de uma relação de “compactuação” entre médico e paciente.

*Acho que a faculdade dava espaço pra gente ter um contato maior, por exemplo, com atenção básica. Isso foi uma coisa que me motivou muito até seguir pela área que eu tô, na atenção básica. E na atenção básica, trabalha-se muito esses pontos que eu falei da relação médico-paciente. **Você tá tendo um encontro de dois especialistas: o médico que é um especialista na profissão dele, que estudou pra ser aquilo, e o paciente que é o especialista nele? Ninguém sabe mais dele do que ele mesmo. Então rola um processo de troca, compactuação.** (ENTREVISTA – P1, grifo nosso).*

Ao falar que o médico é especialista na sua profissão e que o paciente é especialista de sua própria vida, P1 apresenta um conceito bastante significativo que pode ajudar na compreensão do processo de promoção de saúde focado na perspectiva da integralidade. Isso porque, o conceito vai de encontro à lógica de verticalização da relação médico-paciente, que

influencia diversas práticas clínicas contemporâneas, colocando o/a profissional na posição de quem é detentor dos conhecimentos e o paciente na de quem nada sabe. Nesse cenário, como apontado por P1, o médico é aquele que determina e o paciente aquele que cumpre.

*Eu acho que é um desafio constante essa questão da relação. Eu tento fazer com que ela seja o mais leve possível. **Eu tento tirar aquela imagem de não: "eu estou mandando você fazer isso, eu estou proibindo"**. Eu tento, nessa relação, fazer **abrir um campo**, assim, de **troca de experiências**, de **criar a coisa ali em comum**, **criar metas palpáveis**. [...] Nos **métodos tradicionais** eu escuto a queixa, eu examino, dou a conduta. Então **eu não quero saber qual é a sua relação com a diabetes**, o que você acha da terapia, se você está disposto ou não já que cabe a você fazer. (ENTREVISTA – P1, grifo nosso).*

Seguindo a mesma linha discursiva de P1, P5 também fala sobre a criação de pactos com os pacientes, como pode ser visto no trecho abaixo:

*Então é sempre essa conversa, é sempre um **pacto**, na verdade, né. Eu **nunca vou propor um tratamento sem saber se a pessoa entendeu bem**, se tá disposta a seguir aquela orientação. Se não tá disposta é a diálogo, **tem que dialogar** de outra forma, **tem que sempre achar um ponto em comum**. (ENTREVISTA – P5, grifo nosso).*

Ao propor o estabelecimento de pactos com seus pacientes, para cumprimento de planos de prevenção, promoção de saúde ou de tratamento de doenças, P1 e P5 se mostram alinhados a perspectiva da atenção integral uma vez que consideram os contextos em que os pacientes estão inseridos, procurando adaptar o plano a realidade de cada um, a partir da troca de experiências, que suscitam, sobretudo, a compreensão das relações que estabelecem com os processos de adoecimento, a partir de uma escuta ativa do/a médico/a, que precisa conhecer o paciente em todas as suas dimensões.

Nesse ínterim, os discursos dos/as egressos nos revelam que há um grande incentivo do curso para o estabelecimento contínuo de diálogos entre médicos e pacientes, para garantia do atendimento integral em saúde, como pode ser observado nos relatos abaixo.

*Essa questão do diálogo me ajuda muito. Eu falo bastante disso, porque assim, é claro que a faculdade não se resumiu a isso. **A gente estudou as doenças, estudou um monte de coisa, mas isso qualquer faculdade estuda**. Então pra onde você for de faculdade a pessoa estuda isso. Eu quando falo lá do NCV porque geralmente o foco é na relação médico-paciente, fala que isso é o que diferencia. (ENTREVISTA – P1, grifo nosso).*

Eu acho que no todo o meu relacionamento com o paciente é muito bom, tanto é que eu escuto muito o feedback dos pacientes, eu escuto eles, eu olho pra eles. E isso também é uma coisa que até a gente era avaliado por nota, se a agente perguntava o nome, se a gente olhava pro paciente, se a gente tocava no paciente, então meio que isso vai institucionalizando na gente o mínimo que é pra gente oferecer pra o paciente, que é olhar e escutar, e então eu acho que a minha relação com o paciente é boa” (ENTREVISTA – P3, grifo nosso).

Principalmente no dia a dia, na conversa, na interação com o paciente, isso é muito estimulado no curso, então a gente tem sempre esse cuidado a mais de conversar, de ter uma escuta ativa, né, de ter esse diálogo mais próximo com o paciente, que, muitas vezes, por relatos de colegas de cursos tradicionais, isso não é tão estimulado, então no dia a dia eu me percebo muito fazendo isso e isso é reflexo dessa bandeira do curso. Isso é a coisa mais proeminente pra mim. É a relação com o paciente. Bastante positivo. (ENTREVISTA – P5, grifo nosso).

Acho que sim, acho que a gente vivenciou muita coisa durante o curso né? A gente sempre foi muito de lidar com o paciente já assim durante o curso. Eu acho que tem muito do curso na minha comunicação, tem muito do curso, mas tem muito de mim também. E tem muito da forma como eu fui construída durante o curso. (ENTREVISTA – P4 grifo nosso).

A partir desses relatos, observa-se que a forma como o curso trata a relação médico-paciente se configura como um diferencial que o distingue de outros cursos, como exposto por P1 e P5. Ao falar que o mesmo institucionalizou nos estudantes o mínimo que era para ser oferecido ao paciente, P3 traz a ideia de que o curso se comprometeu de tal forma com direcionamento de uma prática médica mais humanitária, focada no paciente e na sua saúde, que os estudantes não conseguiriam sair dali sem terem internalizado essas competências de comunicação, tampouco sem terem compreendido a importância delas para o processo de promoção de saúde. Inclusive, é esse radical comprometimento do curso que P5 define como sendo uma de suas bandeiras.

Nessa mesma linha discursiva se inscreve o relato de P4 ao dizer que na sua comunicação tem muito da forma como ela foi “construída” no curso. O termo em destaque, nesse contexto discursivo, nos remete a ideia de transformação. Já que esta teria se transformado a ponto de ter se construído outra. É essa ideia de transformação que também se apresenta no discurso de P1.

A faculdade fez o papel dela. Eu acho, sinceramente, que ao longo desses seis anos de curso teve gente de coração duro que entrou pra

ganhar poder, pra juntar dinheiro, mas a faculdade ela deu uma derretidazinha no coração”. (ENTREVISTA - P1, grifo nosso).

Assim como P3 e P4, ao se referir a possíveis estudantes que tenham se integrado ao curso de Medicina da UFPE/CAA, com objetivo exclusivo de conquistar poder e dinheiro, sem nenhum comprometimento afetivo com a profissão médica, P1 nos convida a refletir sobre a capacidade transformadora do curso, ao supor que por mais que tivessem essas características, eles/as seriam em algum momento sensibilizadas/as, no âmbito das vivências de natureza mais humanitárias na graduação. Ao direcionar sua atenção à essa reflexão, P1 dá indícios de que foi, de forma bastante significativa, atravessado pelas intencionalidades educativas do curso, tendo ele também passado por um processo de transformação.

Isto posto, identifica-se que os/as discursos dos médicos/as egressos/as evidenciam que o curso, parafraseando P1, tem feito o seu papel, no tocante ao desenvolvimento de práticas educativas significativas e problematizadoras da realidade, que possibilitem a transformação dos sujeitos que, assim, podem participar do processo de transformação da sociedade (FREIRE, 1996), estando esta imersa em um contexto sanitário, sobretudo no âmbito do setor pública, que requer essas transformações.

Outrossim, dadas as construções discursivas dos/as participantes de pesquisa acerca do estabelecimento de relações com os pacientes, não só nesse capítulo, mas também em outros, onde deixam marcas que revelam esses sentidos, podemos perceber que esses/as profissionais se aproximam, ideologicamente, das perspectivas da integralidade, lançando luz às várias dimensões dos pacientes, de maneira crítica, ética e humanitária.

6.2 OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS A PERSPECTIVA CURRICULAR E METODOLÓGICA DO CURSO FRENTE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS/AS MÉDICOS/AS

6.2.1 Na medicina tem muito essa característica de sugar muito o aluno, como se fosse uma cultura, uma construção social

Ao analisarmos os discursos dos/as médicos/as sobre a perspectiva curricular e metodológica do curso de medicina da UFPE/CAA, que se desenvolve através da ABP e da diversificação de espaços pedagógicos, preconizando aprendizagens ativas e colaborativas, para criação de autonomia intelectual e incentivo ao contínuo processo de autoformação

dos/as egressos, pudemos identificar, em linhas gerais, que a proposta é vista de forma positiva pelos/as participantes da pesquisa, embora haja ressalvas a alguns aspectos.

Ao questionarmos P3 sobre qual ideia de formação ele construiu durante as vivências no curso, ele discorreu, de imediato, que o que chamava mais sua atenção era a capacidade do curso de formar profissionais proativos, para atuarem em diversos espaços.

*Eu acho que, assim, a formação aqui o que chama mais atenção é a **proatividade**. Eu acho que o curso de medicina aqui do Agreste ele tem esse diferencial. Ele torna o aluno proativo naquela profissão, **proativo em exercer aquela profissão, proativo em ajudar o paciente, proativo em você assumir uma direção, assumir uma coordenação, assumir um posto de saúde, assumir uma enfermaria, assumir um leito de UTI**. Então a gente tem aquela proatividade em resolver as coisas e não simplesmente esperar pra que aconteça. A gente sempre é **estimulado a pensar os problemas, pensar em soluções e tentar adotar essas soluções**. (ENTREVISTA – P3, grifo nosso).*

A partir do relato de P3, evidencia-se que um sentimento de **satisfação e segurança** em relação aos seus processos formativos na graduação, haja vista que relata se sentir proativo para assumir diversas funções no âmbito da atuação médica, nos diversos tipos de atenção à saúde. A palavra proatividade se refere a capacidade autônoma de encontrar soluções imediatas e/ou antecipadas para os problemas apresentados, estando a pessoa proativa sempre atenta e apta para superar desafios. Assim, considerando o contexto de atuação médica, ser proativo remete ao sentido de **estar preparado, capacitado** para exercer as funções inerentes ao seu ofício.

A proatividade, nesse sentido, surge como resultado de uma proposta focada em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, conceituadas a partir de Dewey (1979), Carvalho Filho (2011) Marin et al. (2010), Cunha (2001) e Sebold et. al (2010). Essas metodologias, de acordo com esses/as autores/as concebem o processo de ensino-aprendizagem de forma centrada no aluno, que é estimulado a desenvolver autonomia intelectual e habilidades de autoformação. Como descrito por Sebold et. al (2010):

Estas Metodologias desenvolvem a participação ativa dos educandos no processo dinâmico de construção do conhecimento, resolução e avaliação de problemas, trazendo o educando para o papel de sujeito ativo de seu crescimento, protagonista do processo (p. 754).

Ao tratar sobre o conceito de metodologias ativas, o PPC do curso indica que essas se articulam as experiências de atividades a um conjunto de saberes que se deseja construir.

Dessa forma, entendemos que estes estejam sendo responsáveis por mobilizar a prática “proativa” dos/as egressos/as.

As metodologias ativas imprimem um ritmo de constante curiosidade científica e humanística necessárias para facilitar a continuidade do processo de aprender na prática profissional cotidiana, [...] colocam em prática todo o complexo da educação de adultos, articulando experiências de aprendizagem que visem o saber, o saber-fazer, saber-ser, saber-aprender e saber-conviver (PPC MEDICINA, 2014, p. 25).

A referência à proatividade surge, também, no discurso de P4, após ser perguntada sobre sua concepção acerca da ABP. Ela fala sobre seu contexto de atuação na Residência e tece uma análise comparativa entre estudantes de medicina do CAA, durante período do internado, e estudantes internos de outros cursos, os quais ela observa no seu campo de especialização. Uma comparação semelhante foi formulada por P2, ao falar sobre suas primeiras experiências de trabalho e relacionar sua atuação com a de seus colegas, graduados em outras instituições.

*[...] eu vejo que o PBL, como a gente tá sempre ativo, a gente é sempre é responsável pelo conhecimento, por buscar. [...] Eu fico vendo que a gente não para quieto. Eu como interna e meus amigos que foram internos, eu acho que a gente era muito mais proativo [...]. **A gente era muito mais proativo do que os internos que eu vejo aqui:** – Ah, porque tal professor disse que era isso. A gente nunca falava isso, era tipo: – Ah, eu li em tal artigo. Então eu acho que **o PBL, ele sempre botou a gente pra buscar.** (ENTREVISTA – P4, grifo nosso).*

*É até a visão do nosso curso comparado com os outros quando eu comecei a trabalhar. Meus primeiros plantões, assim, (lógico, a gente ficava morrendo de medo) mas eu conseguia observar que **eu não tive tanta dificuldade quanto alguns outros meus amigos tiveram, que são de outras faculdades, por exemplo. Dificuldades no quesito, assim: pegar prática, atender paciente, não se importar em fazer algumas coisas específicas. Mas acho que é mais isso mesmo. Foi o que me fez ver que foi uma boa formação.** (ENTREVISTA – P2, grifo nosso).*

Observando as falas de P4 e P2, identifica-se que elas, assim como P3, sentem **segurança** em seus postos de trabalho e valoram de forma positiva sua formação no curso, entendendo que lhes permitiu desenvolver um conjunto de habilidades e atitudes que as distinguem de outros/as profissionais. Importa salientar que P3, P4 e P2 associam o processo de desenvolvimento dessas habilidades às práticas educacionais vivenciadas nos grupos

tutorias da ABP. Ao fazer tal associação, P3 aponta, ainda, que nas reuniões tutorias, que suscitam debates constantes acerca de conceitos e práticas estudadas, também contribuem pra construção de profissionais proativos.

*Porque nas tutorias a gente precisa falar, a gente precisa falar do que a gente estudou, a gente precisa falar do conhecimento que a gente vem construindo durante a semana, então esse processo de: — você precisa falar, eu acho que faz com que a gente fique assim, **fique mais proativo**. (ENTREVISTA – P3, grifo nosso).*

Também apresentando formações discursivas que evidenciam adesão ideológica às perspectivas curriculares e metodológicas do curso, a fala de P1 se contrapõe aos métodos de ensino-aprendizagem associados a memorização de doenças e tratamentos, frisando seu contentamento em estar vinculado a um curso que tem o diferencial de propor aprendizagens através de práticas dialogadas nos grupos tutoriais.

*A gente teve vários momentos de aprender e sobre isso de praticar, de discutir. Eu acredito que seja uma coisa, é, que a faculdade trabalhou mais isso, **porque não faz parte daquele currículo mais tradicional**, do curso de medicina que é voltado pra uma questão mais biológica, **de você ter que memorizar doenças, tratamentos**. Eu acho isso bom. Isso eu acho que **foi uma das coisas que na faculdade eu fiquei feliz por seguir**, sabe? Porque eu acho que em outros ambientes, em outros locais, eu não teria oportunidade. Claro que não é o único lugar do país que faz isso, mas assim, é um diferencial que poucos locais possuem (ENTREVISTA - P1, grifo nosso).*

Nessa mesma linha discursiva, P5 salienta que as práticas educativas dialogadas, através das argumentações e defesas de pontos de vista nas reuniões tutoriais foram imprescindíveis para sua atuação profissional, facilitando processos de comunicação junto a equipes de trabalho e a pacientes:

*O espaço das tutorias é muito importante porque a gente consegue treinar também a desenvoltura, oratória né, a forma de se argumentar sobre algumas situações. Então foi um **espaço imprescindível** pra mim, tanto na parte de **lidar com o usuário**, quanto na parte de **lidar com a equipe**, com os superiores. Então essa atenção ao diálogo, né, **a oratória foi uma coisa muito marcante pra mim**. Eu acho que é **mais marcante do curso, inclusive, esse falar mais do que ler**, sabe? Essa, essa capacidade de tá argumentando sempre, de tá conversando, arrumando um ponto em comum. (ENTREVISTA - P5, grifo nosso).*

Nessa direção, P5 relata que as tutorias propõem, ainda, a realização de trabalhos em grupo que, segundo ele, também preparavam os futuros médicos para atuarem em equipe. P4 também atribui significados aos processos educativos propostos pela ABP, falando da importância das atividades colaborativas para o desenvolvimento de aprendizagens.

*[...] A tutoria, pra mim, é o melhor espaço da faculdade [...], principalmente nesse aspecto do dia a dia, com os usuários do serviço e com a equipe, porque muitas vezes a gente precisava **fazer trabalho em equipe** nos espaços, então também é uma rotina que prepara a gente pra vida profissional.* (ENTREVISTA - P5, grifo nosso).

[...] eu acho que na tutoria a gente aprende o teórico, mas eu acho que a gente também aprende muito a trabalhar em grupo ali, a escutar a opinião do outro. E analisar o que tá certo ou o que tá errado, e ir criando o seu ponto de vista em relação a isso, porque não era só assuntos, tinha muitas coisas da tutoria que eram posicionamentos mesmo. (ENTREVISTA – P4, grifo nosso).

Os dados apresentados pelos/as médicos/as nos remetem as teorizações de Vygotsky (2009) ao discutir aprendizagens colaborativas que concebem a produção de conhecimentos a partir de situações coletivas de investigação e troca de experiências entre indivíduos. Sendo as aprendizagens propostas a partir da mediação de um professor, que deverá considerar o que os/as alunos/as já sabem, direcionando junto a eles/as a investigação acerca do que precisam saber. Processo esse que acontece durante as reuniões tutoriais da ABP.

Além disso, os elementos educacionais apresentados nos discursos se aproximam das discussões sobre as práticas de problematização, definidas nesse trabalho a partir das perspectivas de Dewey, Saviani e Paulo Freire. (ZANOTTO e ROSE, 2003).

Demonstrando que as perspectivas curriculares e metodológicas do curso são suas aliadas, P5 expõe que precisa ser estimulado de várias formas, para que consiga desenvolver aprendizagens significativas, não sendo adepto às perspectivas que propõem exclusivamente aulas expositivas e leituras. Aproximando-se de P5, P6 também fala com entusiasmo sobre o distanciamento do curso da perspectiva tradicional, focada na sala de aula.

*No início é uma metodologia que pra mim caiu como uma luva. Encaixa perfeitamente na forma como eu percebo e como eu consigo assimilar os assuntos. Pra mim, **eu preciso ser estimulado de várias formas diferentes**, não somente com aula e leitura, aula e leitura, aula e leitura. [...] A gente tem outros ambientes que avaliam a gente melhor, e quanto mais avaliação é **mais formas de estimular o conhecimento**. Eu acredito que a assimilação seja mais fácil, pelo menos pra mim isso é muito óbvio: se eu tivesse estado numa*

metodologia tradicional eu não sei como eu estaria hoje, de vida, assim, de saúde mental e de saúde física mesmo. Porque é muito desgastante. (ENTREVISTA – P5, grifo nosso).

É um curso que saiu da sala, não tinha aquela ideia da distância entre aluno e professor, era uma metodologia ativa que a gente era estimulado a construir nosso próprio conhecimento. Claro que tinha a orientação, né, dos professores, mas como era a pedagogia, como era uma metodologia diferente, estimulava a gente a construir o nosso próprio conhecimento. (ENTREVISTA – P6, grifo nosso).

Seguindo essa mesma linha discursiva, P5 estabelece relações de comparação entre seus processos formativos na graduação e os de seu irmão que também é médico, indicando que tiveram formações bastante distintas.

É bastante diferente porque o curso dele foi um curso com metodologia tradicional. Então eram aulas diariamente, provas com frequência, então assim, a qualidade de vida dele durante o curso era bem diferente da minha. Porque o nível de exigência na instituição era muito maior e muito mais intenso. Não necessariamente correspondia a melhor qualidade, mas assim, era bem mais enfadonho e puxado pra ele do que pra mim. [...] Ela é bem mais desgastante, ela exige mais, mas não necessariamente ela traz a garantia de que você vai aprender mais. (ENTREVISTA – P5, grifo nosso).

Os relatos de P5 e P6 acerca de suas identificações com os métodos de ensino que apresentam uma variedade maior de estímulos e com aprendizados focadas na construção autônoma dos conhecimentos, podem ser associada as concepções de Dewey, ao indicar que a iniciativa de aprender cabe ao aluno, sendo necessário, no entanto que seja colocado diante dele situações práticas e legítimas de experiências que despertem seu desejo pela aprendizagem (DEWEY, 1979; ZANOTTO e ROSE, 2003).

Outrossim, os dados apresentados por P5 trazem à tona discussões relacionadas a um discurso social que define que a vida de quem estuda, sobretudo de quem estuda medicina, não pode ser tranquila, tendo que ser marcada por rigorosos processos formativos.

Porque tem muito disso né, eu não sei em outros cursos, mas na medicina tem muito essa característica de sugar muito o aluno como se fosse uma cultura, uma construção social: “Ah você tá no curso de medicina, você tem que estudar muito, você tem que estudar várias horas do dia!” E tem que ter mais ou menos esse regime forçado de estudo. Quando eu acho que você estudar só estudar o tempo todo sem descansar, sem aproveitar outras coisas você não vai conseguir assimilar muito bem. (ENTREVISTA – P5, grifo nosso).

Esse discurso, dessa maneira, define um perfil para o estudante de medicina e subjuga aqueles que não se adequam ao padrão estabelecido, que passa a ser visto como alguém que é descompromissado com sua formação. Além disso, essa concepção, marcada na ideologia, insinua uma formação médica bancária, na perspectiva freiriana (FREIRE, 1987). Dessa forma, os aliados a esse modelo educativo estaque se propõem a julgar os cursos que apresentam perspectivas outras de formação. Imerso nesse cenário, o curso de medicina da UFPE/CAA não deixou de ser alvo desses julgamentos que, como já discutido, são direcionados aos métodos de ensino propostos por ele, mas também ao paradigma de formação ao qual se filia, baseado na integralidade.

Rolavam comentários muito chatos de que a gente sairia despreparado, que a gente sairia sem saber de nada. Agora esses discursos eu vi muito primeira metade do curso. Na segunda metade do curso eu parei de ouvir. (ENTREVISTA - P1, grifo nosso).

[...] chamaram que a formação da gente era uma porcaria, que só ensinava a gente a dançar, era a dançar e a conversar e não ensinava nada de medicina. (ENTREVISTA – P3, grifo nosso).

Esses comentários destinados ao curso se inscrevem a partir de formações discursivas que determinam o estudante enquanto ser passivo e incapaz de desenvolver aprendizagens de forma autônoma, sem a condução de um professor, que é definido, nesse contexto, como aquele que tudo sabe. Essas concepções, embora ainda contemporâneas, são alvos de severas críticas de Freire (1985) desde o final do século passado.

Se o educador é o que sabe, se os educandos são os que nada sabem, cabe àquele dar, entregar, levar, transmitir o seu saber aos segundos. Saber que deixa de ser de experiência feita para ser de experiência narrada ou transmitida [...]. A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanisticamente compartimentada, mas nos homens como corpos conscientes e na consciência como consciência intencionada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo. (1985, p. 79).

Nesse contexto e, possivelmente alinhados/as em certa proporção ao modelo de educação bancária conceituado por Freire (1987), P2 e P3 demandam ao curso maior direcionamento ao estudo das disciplinas básicas da medicina nos primeiros anos da graduação.

[...] Eu acho que uma coisa que seria importante pra gente [...] era tentar mudar os nossos primeiros dois anos, não ser só a parte de PBL, entendeu? Eu acho que a gente poderia ter uma área mais tradicional nos primeiros dois anos. Ter tutoria também, mas não ser o nosso foco. Eu acho que a gente perde muito, assim, acho que uma das defasagens do nosso curso. Pelo menos nas nossas áreas básicas, a gente passava muito por cima porque a gente via junto com alguns problemas que foi importante pra gente, mas eu acho que até o PIESC, que a gente poderia aproveitar mais se a gente tivesse uma base mais forte, mas não tradicional. Mas ter mais aulas do tradicional, pelo menos as iniciais, no caso: bioquímica, fisiologia, farmacologia, assim, essas áreas: anatomia, por exemplo. [...] Com aulas e professor todos os dias ou a maioria dos dias e deixar a tutoria mais pra área clínica, sabe. Eu acho importante a gente fazer essa mistura. (ENTREVISTA – P2, grifo nosso).

O ideal era que o aluno de medicina, nos primeiros anos, fosse estudar bioquímica, biofísica, é, anatomia. É então, são coisas mais assim, e quando a gente vai pra, vai no primeiro ano, a gente estuda muito coisa mais filosófica, do processo da saúde, o que é saúde, quem precisa de saúde, como cuidar do paciente, aí tem muito essa questão filosófica, e aí a gente fica nesse sentimento de como se tivesse faltando algo. (ENTREVISTA – P3, grifo nosso).

Os discursos médicos/as apresentam evidências de que P2 e P3 concebem as perspectivas curriculares e metodológicas do curso de forma positiva, no entanto sugerem que haja uma mescla das propostas ativas com as mais tradicionais. Nesse contexto, temos a percepção de que a sugestão dada pelos/as egressos se constitui ainda sob influência de Flexner que, como se sabe, prevê a existência de uma sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos dos cursos de medicina (MITRE et al, 2008). A sugestão, dessa forma, parece estar associada a um resquício do período da graduação em que ainda não havia uma compressão por parte desses/as profissionais acerca dos desdobramentos de suas formações na prática médica. Isso porque, os relatos de ambos não apresentaram evidências que demonstram que a ausência dos estudos das disciplinas básicas, a partir de aulas expositivas tradicionais, trouxeram prejuízos ou dificuldades no âmbito de suas atuações profissionais. P2 faz referência a momentos em que é questionada sobre algum conceito de uma área básica e não consegue formular uma resposta, mas isso não nos parece tão relevante diante de todas as habilidades e atitudes que ela demonstra ter desenvolvido, de forma ativa, durante sua formação.

Eu acho que eu me sinto um pouco defasada nessa parte de conhecimento da área básica, da mesma forma que eu me sinto bem

quando eu tô na parte prática fazendo, as vezes até melhor, não melhor, mas eu vejo que eu tenho mais facilidade nessa parte de comunicação, conversar com o paciente, de exame físico. Mas vejo que eu tenho uma defasagem quando sai alguma pergunta de algum preceptor sobre alguma área básica eu não me lembro, aí falam que isso é coisa básica que a gente tinha que ter aprendido no primeiro ano do curso. (ENTREVISTA – P2, grifo nosso).

O sentimento de preocupação exposto por P2, ao não compreender certo conceito básico da medicina pode estar relacionado a uma possível construção social que entende que o/a médico/a, bem como outros profissionais, precisam deter todos os conhecimentos relacionados a sua área de atuação. Há também a percepção, por parte dessa participante, de que um estudo fragmento de disciplinas, através de aulas expositivas e estudos enciclopédicos, poderia melhor possibilitar a compreensão integral de todos os conceitos relativos à medicina. A existência dessa cobrança por um “saber tudo” é expressa nos relatos de P4, P5 e P6:

As vezes o que angustiava é a forma que é cobrado. Como se você tivesse que saber de tudo e na verdade você não precisa saber de tudo. (ENTREVISTA – P4, grifo nosso).

A gente sempre é estimulado e se estimula a sempre saber de tudo. É uma construção social também da medicina e do médico achar que a gente sempre vai saber de tudo a todo momento e não é assim. Até quando você não sabe exatamente você sabe de alguma coisa, você pode pedir ajuda, você pode se orientar. (ENTREVISTA – P5, grifo nosso).

O que mais me ajudou foi compreender que a gente não é detentor de todo conhecimento e a gente pode ficar em dúvida sim, saber que a gente pode ir atrás daquele conhecimento, conversar com um colega, estudar um pouquinho mais e sanar aquela dúvida. (ENTREVISTA – P6, grifo nosso).

É opondo-se a essa perspectiva, inclusive, que o curso de medicina do CAA propõe uma formação de médicos ativos e autônomos, capazes de se manter em constante processo de aprendizagem, filiando-a as elaborações de Freire (1987).

Na visão desse educador, o homem é um ser inconcluso, consciente de sua inconclusão e um ser em permanente busca de ser mais. Dessa forma, o processo educativo não deve se limitar aos anos de universidade, e sim estimular a continuidade desse processo ao longo dos anos. Isso faz com que se forme profissionais criticamente reflexivos e atuantes socialmente, de forma a trazer benefícios pessoais, comunitários e sociais. (PPC MEDICINA, 2014).

Diante do exposto, e ainda nos referindo a proposta de P2 e P3 para uma reformulação do curso e inclusão do estudo fragmentado das áreas básicas da medicina nos primeiros anos da graduação, importa refletir que a recorrência a perspectivas de ensino-aprendizagem mistas, com práticas ativas, mas também tradicionais, podem ser uma boa alternativa em alguns contextos educativos, isso porque as perspectivas pedagógicas e curriculares não se anulam no decorrer da história. Uma concepção não entra em cena para que a outra saia. Ambas podem se constituir enquanto práticas integradas. O curso de medicina do qual tratamos nessa pesquisa, inclusive, apresenta algumas propostas associadas aos métodos tradicionais, como a recorrência a algumas aulas expostas mensais para estudos de algumas áreas e temas, tratados nas reuniões tutoriais. Entretanto, a proposição de uma reestruturação do curso para que se desenvolva aos moldes dos cursos tradicionais nos primeiros anos, a partir do estudo segregado das disciplinas básicas, não se impõe como pertinente, dados os significados que os/as médicos/as egressos, incluindo-se P2 e P3, vêm atribuindo aos seus processos formativos na graduação.

Nesse sentido, os/as médicos/as falam sobre a necessária compreensão de que nunca haverá, em qualquer lugar ou instância, um curso de graduação perfeito. Sendo imprescindível pensar a formação a partir de um processo contínuo de aprendizagens.

A gente só tem a certeza de que fez um bom curso, de que foi preparado depois que a gente começa, realmente, a trabalhar, quando a gente começa a exercer a medicina. Que a gente começa a ver que o processo de formação deu certo. (ENTREVISTA – P3, grifo nosso).

Eu peguei o curso e olhava: isso vai dar errado. E no final você descobre que deu certo. Então é uma das coisas que eu aprendi, assim, com a vida: que não vai existir nada perfeito, NÃO VAI EXISTIR O CURSO PERFEITO. NÃO VAI EXISTIR A RESIDÊNCIA PERFEITA. MAS O QUE É QUE A GENTE PODE FAZER DE PERFEITO NESSE MEIO? (ENTREVISTA – P4, grifo nosso).

6.3 INTEGRAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO SUS E A GRANDE REVOLUÇÃO DA IDEIA DO QUE É MEDICINA.

Nesse subcapítulo refletiremos sobre a integração dos estudantes de medicina no SUS desde o primeiro ano de formação e contribuição para compreensão do exercício da medicina

no âmbito dos processos de promoção de saúde e compromisso social dos/as médicos/as com a saúde pública.

A inserção a qual nos referimos, acontece através do Módulo de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), que é desenvolvido em dois ambientes: nas unidades de saúde pública de Caruaru e na universidade, no ambiente pedagógico denominado espaço de problematização. No período da manhã, dessa forma, os estudantes se dirigem às unidades, para acompanharem os atendimentos e participarem das atividades práticas e à tarde retornam ao campus para reunirem-se em grupos de oito discentes mais o professor, para o momento de problematização, que ocorre mediante o arco de Maguerez (Figura 1).

Ao questionarmos os/as participantes os/as de pesquisa acerca das atividades desenvolvidas no PIESC, recebemos respostas que elucidavam a importância do local para seus processos de formação, como pode ser observado no relato de P3 e P4.

A gente tem contato com o paciente a partir do primeiro período. Eu acho que isso é um diferencial muito grande do curso da gente, porque a gente não estudou a teoria pra depois a gente vê na prática. A gente problematiza as divergências que a gente estuda na faculdade e o que a gente vê na realidade, então eu acho que isso vai trazendo mais segurança pra gente mesmo, pra exercer, pra os conhecimentos. (ENTREVISTA – P3, grifo nosso).

Ah eu acho. Eu acho que tem muito impacto. Eu acho que a gente vivencia o SUS. E eu acho que o que eu falo muita gente não mudou várias visões, mas eu acho que muita gente mudou a visão sobre o SUS durante no curso. E isso é massa, né? Isso é muito massa. (ENTREVISTA – P4, grifo nosso).

Ao falar que essa inserção dos estudantes no SUS foi um grande diferencial do curso, P3 estabelece uma relação entre teoria e prática, frisando a importância do processo de problematização das divergências encontradas, o que segundo ele lhe dava mais segurança. P4, por sua vez, chama a atenção para o fato de muitos estudantes terem mudado suas visões sobre o SUS.

A compreensão por parte desses/as profissionais da importância de aprenderem na prática e da problematização da realidade se relaciona às perspectivas educacionais e formativas apresentadas e discutidas a partir de Dewey (1979), Freire (1996), Zanotto e Rose (2003) e Vigotsky (2009).

Nessa mesma direção, o relato de P4, ao também fazer uma diferenciação entre o estudo teórico e prático, percebendo esse último como mais significativo, apresenta a compreensão de que esse ambiente contribui para o processo de compreensão do aspecto da integralidade em saúde, ao indicar que no contato prático com pacientes pode compreender seu processo de adoecimento fazendo sentido dentro de um território.

*Eu sou totalmente a favor, dessa ida precoce pro ambiente. Eu acho que **o ambiente ensina muito**. Não é o que tá no livro, mas é o que tá **na prática**. Um exemplo: digamos tal doença de manifesta desse jeito quando você vai pro ambiente, você entende que pra essa doença se manifestar tem fatores sociais ali, tem um território ali né? E qual o papel desse território no adoecer das pessoas e até como as pessoas entendem essa doença também. (ENTREVISTA – P4, grifo nosso).*

Tratando sobre a importância do SUS enquanto espaço de aprendizagem, o discurso de P2 indica que, embora a ausência de recursos no SUS seja um grave problema, ele acaba se constituindo, paradoxalmente, enquanto um ambiente que propõe maior desenvolvimento de aprendizagens para estudantes uma vez que sendo preparados para lidar adversidades, que possivelmente também se apresentação no âmbito de sua profissão, sobretudo se for atuar também junto ao SUS.

*Porque o nosso curso a gente teve muita vivência de SUS né? E a gente tá acostumado com o paciente do SUS, com o que a gente tem disponível. Não é em todo lugar que a gente vai ter milhares de **medicamentos disponíveis**, milhares **equipamentos disponíveis** e a nossa vivência, né, eu acho que a **nossa vivência** na faculdade **trouxe médicos mais capacitados**. (ENTREVISTA – P2, grifo nosso).*

Nesse mesmo sentido se apresenta o relato de P6, que discorre que essa inserção dos estudantes no SUS desde o início do curso acaba fazendo com passem por todas as suas etapas, conhecendo a rede e vivendo a realidade do sistema.

*Tem por que é um espaço **que você vivencia o SUS**, a gente passa por quase todas as etapas do SUS, todos os ambientes de cuidados do SUS **então você conhece a rede com as suas dificuldades** né? Então ele prepara sim agente para sair daí e vivencia a realidade do SUS, por que é essa a realidade que a gente vivencia dentro da universidade e isso foi um grande ganho! (ENTREVISTA – P6, grifo nosso).*

Nesse contexto, o estudante de medicina, que se insere dentro do sistema público de saúde desde o início de seu processo de formação, se prepara, de forma significativa, para a

prática médica, a partir do contato com experiências reais de promoção de saúde, na medida em que também desenvolve senso ético, crítico e de compromisso social. Sendo este último quase que elemento obrigatório para os/as profissionais que se formaram ou estão em processos de formação em universidades públicas, sugerindo-se que o contato com o SUS se dê por via de mão dupla. Se o formando aprende com o SUS e/ou é financiado com recursos públicos, nada mais justo de que, de alguma forma ao SUS ele dirija seus serviços, colaborando assim com a sociedade, tal qual sugerem P2, P3 e P5.

*Acho que da mesma forma que a gente recebeu a oportunidade de trabalhar, de estudar e entender, **a gente tem que doar também**. O SUS, pelo menos na teoria, não na prática, **eu defendo muito porque é um dos únicos sistemas de saúde que tá funcionando atualmente**, mesmo que defasado, mas que funciona do mundo todo. **E é o que garante o nosso direito**, de que todo mundo tenha direito à saúde. (ENTREVISTA – P2, grifo nosso).*

Eu acho que tem justamente nessa inserção precoce da gente no SUS. Então a gente vivencia o sus na pele mais cedo e a gente utiliza o SUS como foco de aprendizado, mas sempre se preocupando em ajudar o paciente. Muitas vezes nos cursos tradicionais, o que eu sentia de alguns estudantes é que iam usar o SUS como aprendizado só, aprendizado seu, da forma egoísta do estudante usar o SUS. (ENTREVISTA – P3, grifo nosso).

*Existe também a questão de que eu preciso devolver, né. **Eu fiz uma universidade pública** então também **tenho que de alguma forma devolver isso pra população**. (ENTREVISTA – P5, grifo nosso).*

Falando sobre o contexto de vulnerabilidade social de boa parte da população que necessita dos serviços do SUS, P2 e P4 falam da relevância do PIEESC para seus processos formativos, indicando sua essencialidade para que a realidade do SUS seja conhecida por todos/as que estejam se formando médicos/as:

*No meu primeiro ano do PIEESC a gente ficou numa área **bem bem bem carente**. Então eu consegui ver de perto uma coisa que eu não tinha noção, que era ver pessoas realmente pobres e ver pessoas realmente **que necessitam do SUS**. O SUS é importante principalmente pra essas pessoas, sabe? Então, consegui ver de perto a questão... política né? que a gente fala né no caso das pessoas que **tão necessitando de SUS**, porque que é tão importante o Sistema Único de Saúde. (ENTREVISTA – P2, grifo nosso).*

*Eu faço residência **num hospital que é quaternário**, é um hospital universitário. Ou seja, seria a **pirâmide**, o topo da pirâmide, que os*

outros serviços que mandam pra lá. Então é muito paciente que chega já no final de uma doença muito grave. Daí me perguntava como esse paciente chegou nesse nível e não se tocou, achava que era normal. Aí você vê que no ambiente que ele vive, ele normaliza isso, ele é leigo, ele não tem conhecimento da sua doença. E eu acho que vivenciar esse ambiente do SUS na faculdade pra mim foi muito importante e eu acho que é principalmente pra galera que sempre foi criado em prédio. Eu acho que deve ser mais importante ainda. (ENTREVISTA – P4, grifo nosso).

O discurso de P4, bem como o de P2, só que em menor proporção, traz à tona a realidade do perfil socioeconômico dos/as estudantes dos cursos de medicina, que acabam sendo ocupados em grande proporção por pessoas de classe média, dado o contexto de elitização da profissão médica em nosso país, evidenciado por Vargas (2010) e Pierucci (2007). É considerando esse contexto que P4 caracteriza a importância do PIEESC “pra galera que sempre foi criado em prédio”, se referindo aos/as estudantes de classe média. Desse modo, concebe que é relevante que tomarem ciência dos contextos de pobreza existentes no âmbito do SUS, para que se imbuem do desejo de contribuir para sua melhoria.

É nesse contexto que P4 alerta para a necessidade de compromisso e responsabilidade social dos/as médicos/as para com o SUS, questionando se parte dos problemas enfrentados por ele não reside na ausência de comprometimento com a saúde pública

Muita gente achava a o SUS não presta, não é resolutivo, e aí quando você tá lá dentro do SUS, você começa a perceber: não é resolutivo o SUS ou as pessoas que tão no SUS não são resolutivas? Como é que eu posso fazer pra ser resolutivo? como é que eu vou tentar isso? (ENTREVISTA – P4).

É nesse sentido que o curso de medicina da UFPE/CAA se propõe a formar médicos/as com radical compromisso social que, conhecendo a realidade e atuando no SUS desde o início da graduação, possam transformá-la, no sentido de garantir a promoção de saúde também àqueles que são vítimas das desigualdades sociais em nosso país. Como corrobora o PPC do curso:

É inegável que um povo desprovido de saúde se encontra prejudicado no exercício de sua cidadania. Nesse contexto, a Universidade tem o potencial de propor e participar de ações que visem à superação das desigualdades regionais e à inclusão no sistema de saúde da população historicamente e socialmente excluídas. O curso de medicina do CAA fundamenta-se nos preceitos da formação de recursos humanos com qualidade e no avanço da

integração entre o ensino e necessidades sociais da comunidade, em seus diferentes níveis de complexidade e atenção (p. 10).

Ao falar sobre o seu processo de descobertas após ser integrada ao Sistema Único de Saúde de Caruaru, já no início de sua formação, através do PIEESC, P6 nos relata:

Desde o primeiro período a gente foi colocada para estar atuando dentro do SUS. No primeiro período da faculdade a gente teve contato logo com a unidade básica de saúde e a gente não ia pra ficar acompanhando médico somente, a gente ia pra área, pra casa das pessoas, e isso foi uma grande revelação do meu curso: A GRANDE REVOLUÇÃO DA IDEIA DO QUE É MEDICINA DA IDEIA DO QUE É SAÚDE. Foi essa inserção na área que desconstruiu todas as minhas expectativas e que bom, e que bom! Foi uma forma pra mim fora da caixinha, cheia de janelas e possibilidades. (ENTREVISTA – P6, grifo nosso).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa surge a partir do meu interesse em estudar práticas educativas inovadoras, focadas em aprendizagens ativas, que entendi estarem presentes no curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE, situado em um contexto epistemológico de disputas, no âmbito dos paradigmas de formação médica vigentes.

Dessa forma, no desejo de fomentar reflexões entre estudantes e professores, comunidade científica e a sociedade em geral, sobre as propostas formativas dos cursos orientados pelo paradigma da integralidade, definimos como questão de pesquisa: Como os/as médicos/as egressos/as do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE, significam seus processos formativos? Uma vez que apresentava uma proposta de formação médica inovadora, inédita na região, que foi alvo de debates, partimos com o pressuposto de que o curso seria significado de forma positiva por parte da comunidade médica e, ao mesmo tempo, rechaçado por outra, que poderia classificar sua proposta como inconsistente para satisfatória formação dessa categoria profissional.

Os resultados da pesquisa, nesse processo, serão apresentados a partir de seus objetivos específicos que delinearão os capítulos de análise: Identificar a quais efeitos de discurso os/as médicos/as estão alinhados, no tocante aos paradigmas da formação médica; Caracterizar os sentidos que os/as médicos/as atribuem a perspectiva curricular e metodológica adotada pelo curso, a partir de suas atuações profissionais e/ou acadêmicas; e Identificar se a integração dos estudantes no SUS desde o primeiro ano de formação contribuiu para compreensão do exercício da medicina no âmbito dos processos de promoção de saúde e compromisso social dos/as médicos/as com a saúde pública.

A partir do primeiro objetivo, identificamos que a forma como os/as médicos/as significavam suas formações foi sendo alterada no decorrer da graduação, havendo uma ressignificação acerca a ideia do que é medicina e uma aproximação ideológica dos/as egressos/as às perspectivas do paradigma da integralidade. Isso porque seus discursos acerca de suas atuações deram indícios de que passaram a conceber a importância do trabalho integral em saúde, a partir da consideração das dimensões biológicas, mentais, sociais, políticas e espirituais no processo de saúde-doença.

Em relação ao segundo, que se refere aos sentidos que os/as médicos/as atribuem a perspectiva curricular e metodológica adotada pelo curso, as evidências apontam que a adesão a essas perspectivas foi caracterizada como fundamental para a formação de profissionais

proativos, com satisfatório domínio de habilidades clínicas, operacionais, de comunicação e de trabalho em equipe. Emergiu dos discursos de dois participantes, no entanto, a demanda por práticas educativas tradicionais que, de forma concomitante às já adotadas, propusessem maior domínio conceitual das áreas básicas da medicina, trazendo um vislumbre do paradigma flexneriano, embora não tenham dado indícios de que a ausência dessas práticas bancárias (FREIRE, 1987) tenha trazido dificuldades para suas atuações profissionais.

A inserção dos/as egressos/as no Sistema Único de Saúde do município de Caruaru desde o primeiro ano da graduação, relacionada ao terceiro objetivo, é apontada como revolucionária e fundamental para o processo de qualificação profissional dos/as médicos/as e compressão das necessidades da saúde pública brasileira.

Os achados dessa dissertação, nesse contexto, oferecem apontamentos para o desenvolvimento de algumas pesquisas. Uma delas seria uma estudo comparativo entre os discursos dos/as médicos/as egressos/as do curso de medicina e os estudantes ainda em formação, haja vista que se encontram em outro contexto, no qual o curso está mais consolidado. Outra pesquisa suscitada se debruçaria sobre os impactos da inserção dos estudantes de medicina na rede de saúde pública de Caruaru, através das práticas do PIESC.

Seria pertinente, ainda, um estudo, que no sentido inverso a esse, objetivasse compreender quais os significados atribuídos por pacientes aos serviços médicos recebidos nos estabelecimentos de saúde de Caruaru. Inclusive, embora não seja esse o nosso objetivo de pesquisa, me insiro aqui, na condição de paciente usuário dos serviços públicos e privados de Caruaru, como participante de pesquisa, para compartilhar um contexto de experiências que dialogam com esse estudo e que legitimam a importância de uma prática médica focada, acima de tudo, no bem estar do ser humanos e no seu cuidado integral.

Entre os anos de 2020 e 2022 fui submetido a três processos de internamento hospitalar, em decorrência dos diagnósticos de três episódios de pneumotórax espontâneo. Nesse processo, passei por procedimentos cirúrgicos, pós-operatórios e consultas médicas que me causaram muitas angústias, inseguranças e medo da morte, decorrentes, sobretudo, da falta de uma atenção médica baseada no diálogo com o paciente e de informações pertinentes acerca do processo de adoecimento pelo qual estava passando. Isso somado a uma assistência pouco satisfatória e pouco interessada com as questões psicológicas que me apeteçiam. Tais experiências cirúrgicas e de internação, inéditas na minha vida e, potencialmente, traumáticas, juntamente aos aspectos negativos no âmbito da assistência médica recebida, aguçaram ainda

maios o desejo de compreensão acerca das discussões que estavam sendo apresentadas pela pesquisa.

Dado esse contexto, o fato de concluir essa dissertação, diante das dificuldades que me foram impostas no processo, me causa grande entusiasmo, sobretudo diante da percepção de que se desenham, no campo da medicina, caminhos de atuação mais sensíveis e afetuosos, opostos àqueles que me foram apresentados, e comprometidos com todas as dimensões que constituem os indivíduos, como os que se apresentam no curso de Medicina de Caruaru.

Desse modo, torna-se ainda maior o meu anseio quase utópico de que um dia seja garantida a toda população brasileira condições verdadeiramente dignas de saúde. **Para todo mal há/a Cura!**

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, Louis. **A Favor de Marx**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 232 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2007.

ANGELI, Olga Aparecida; LOUREIRO, Sonia Regina. A aprendizagem baseada em problemas e os recursos adaptativos de estudantes do curso de médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 32-41, mai./ago. 2001.

BEHRENS, Marilda Aparecida. **O Paradigma Emergente e a Prática Pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 2005.

BERBEL, N.A.N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, fev. 1998.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 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. Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 novembro de 2001**. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Câmara de Educação Superior, 2001.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 03/2014**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. D.O.U., Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Sistema de Seleção Unificada (SiSU)**. Balanço das inscrições e resultados Edição 2015/1. 2015.

BOLEN, Charles. A new paradigm for medical schools: a century after Flexner's report. **Bulletin of the World Health Organization**, 80 (7): 592-3. 2002.

BOROCHOVICIUS, Eli. **Avaliação do problem-based learning no curso de administração**. 2012. 199 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Educação). Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 2012.

BOROCHOVICIUS, Eli; TORTELLA, Jussara C. Barboza. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263-294, abr./jun. 2014.

BURNIER, S. Pedagogia das Competências: conteúdos e métodos. Rio de Janeiro: **Boletim Técnico do SENAC**, v.27, n.3, 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273e.htm>> Acesso em: 23 nov. 2015.

CAMINHOS do coração. Intérprete: Gonzaguinha. Compositor: Gonzaguinha. In: **CAMINHOS do coração**. Intérprete: Gonzaguinha. Rio de Janeiro: EMI-ODEON, 1982. 1 disco vinil, lado B, faixa 5 (3:51 min.).

CAPES. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Disponível em: <<http://bancodeteses.capes.gov.br/>> Acesso em: 13 mar. 2021.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Cultrix: São Paulo, 2006.

CARDOSO, Igor de Moraes. **Métodos ativos de aprendizagem na engenharia**: o uso da Aprendizagem Baseada em Problemas no ensino de logística de transportes. 2011. 117f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Engenharia de Produção). Universidade Federal de ITAJUBÁ. 2011.

CARLINI, Angélica Lucía. **Aprendizagem Baseada em Problemas aplicada ao ensino de direito**: Projeto exploratório na área de relações de consumo. 2006. 295f. Tese. (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2006.

CARVALHO FILHO, Caio José de. **Entre a teoria e a prática**: o projeto político-pedagógico do curso de medicina da UFMA. Marília, 2011. 242 f. Tese (doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências. 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CUNHA, M. I. Aprendizagens significativas na formação inicial de professores: um estudo no espaço dos Cursos de Licenciatura. **Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n. 9, p. 103-116, jan. 2001.

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

DOLMANS, D.; SCHMIDT, H. **The problem-based learning process**. In: Lessons from Problem-based Learning. New York: Oxford University Press, p.13-20. 2010.

EDLER, Flávio Coelho. Educação médica no Brasil no século XX. **Boletim da ABEM**, Rio de Janeiro, v. XXVIII, n. 2, abr./jun. 2000.

FABRE, Michel. Qu'est CE La formation. **La Memoire Professionnel**, n.12, 1992.

FERREIRA, Michele Guerreiro. **As pegadas dos que caminham juntos nunca se apagam**: enfrentamento do racismo e desafios para a construção de uma educação antirracista no Brasil. **REALIS**, v. 8, n. 01, p. 95-119, jan-junho. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/239159>> Acesso em: 20 set. 2020.

FERREIRA, Norma Sandra A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, nº 79, ago. 2002.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science; 1910. Disponível em: <<http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

FILHO, Naomar de Almeida. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26 n. 12, dez. 2010.

FINO, C. N.; SOUSA, JM. Alterar o currículo: mudar a identidade. Universidade do Minho: **Revista de Estudos Curriculares**, v.1, n.2, p. 233-250, fev. 2003.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1985.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25 ed. São Paulo. Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 23ª ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1987.

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. A source guide to the history of medical teaching in. Rio de Janeiro (1808-1907). **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 126-130, abr. 1995.

FOUCAULT, **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro, Forense Universitária. 7ª ed. 2008.

FOUCAULT. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. São Paulo: Loyola, 2011.

GHEDIN, Evandr e FRANCO, Maria A. S. **Questões de Método na construção da pesquisa em educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

GOMES, Romeu; *et al.* Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, vol. 33 n. 3, jul./set. 2009.

GREGOLIN, M. R. V. Olhares oblíquos sobre o sentido no discurso. In: **Análise do discurso, interpretação e memória: olhares oblíquos**. São Carlos – SP: Editora Claraluz, 2001.

GUERRA, Vânia Maria Lescano. A análise do discurso de linha francesa e a pesquisa nas ciências humanas. **An. Sciencult**. Paranaíba, v.1, n.1, mar. 2009.

IVAMA, Adraian Mitsue, Kazuhiro (Trads). **A aprendizagem baseada em problemas (PBL) é somente outra moda?** Changing Medical Education and Medical Practices. 1997. Disponível em www.ccs.ccs.uel.br/olhomagico/N17/tendencias.htm. Acesso em: 12 dez. 2020.

JUNIOR, Mauro Antonio Moreno. **Investigação das concepções de alguns professores de biologia, física e química sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas**. Franca, 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de Franca. 2012.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. **Rev Bras. Educ. Méd.** v. 25, p. 7-19, jan./abr. 2001.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACAGNAN, Jones. **Metodologias ativas no ensino da anatomia humana: impactos sob a percepção dos alunos**. 2012. 103 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Educação). Universidade do Vale do Itajaí. 2012.

MAINGUÉNEAU, Dominique. **Análise de Textos de Comunicação**. São Paulo: Cortez, 2013.

MARCON, Telmo; PIAIA, Consuelo Cristine. Educação em sociedades complexas: desafios para ressignificar sociopedagógica e politicamente a escola. **Linhas Críticas**. Brasília, v. 20, n. 43, p. 687-710, set./dez. 2014.

MARIN, Maria José Sanches; *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2010, vol.34, n.1, pp. 13-20. ISSN 0100-5502. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100003>> Acesso em: 16 ago. 2022.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008.

MITRE, Sandra Minardi; *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 13(Sup2): p. 2133-2144, dez. 2008.

NARZETTI, Claudiana. As linhas de análise do discurso na França nos anos 60-70. **RevLet – Revista Virtual de Letras**. Amazonas, vol. 2, fev. 2010.

NASCENTE, R. M. M. Um olhar vigotskiano: novas perspectivas sobre a aprendizagem de língua estrangeira. **Contexturas**, São Paulo, v. 7, p. 93-112, mar./jun. 2004.

NEVES, Nedy M. B. C; *et al.* O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. **Gaz méd.** Bahia, v. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez. 2005.

NOGUEIRA, Cláudio Marques Martins. Desafios teóricos na análise sociológica de um momento crucial das trajetórias escolares: a escolha do curso superior. *In: 29ª ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS*. 2005. Caxambu. **Anais**. Caxambu, 2005.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos**. Campinas: Pontes, 2001.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**, 9 ed. Campinas: Pontes, 2010.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Discurso e leitura**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 32 n. 4, out./dez. 2008.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e Discurso**. 5.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.

PÊCHEUX, Michel. **Análise de Discurso**. 4. ed. Campinas: Pontes, 2014.

PEREIRA, A.P. **Memória sobre a medicina na Bahia**. Salvador, Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1923.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, E. (Org.). **A Colonialidade do Saber: Eurocentrismo e Ciências Sociais**. Trad. Júlio César Casarin Barroso Silva. 3ª ed. Buenos Aires: CLACSO, p. 227-278. 2005.

RBEM. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Disponível em: <<http://educacaomedica.org.br/edicoes/index.php>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

RIBEIRO, Luiz R. C. **Aprendizado baseado em Problemas**. São Carlos: UFSCAR, Fundação de apoio institucional, 2008.

ROMANOWSKI, Joana Paulin; ENS, Romilda Teodora. As pesquisas denominadas do tipo “Estado da Arte” em educação. **Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 6, n. 19, p.37-50, set./dez. 2006.

ROSA, Maria Virgínia de Figueiredo Pereira do Couto; ARNOLDI, Marlene Aparecida Gonzalez Colombo. (Org.). **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Artmed, 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. “Do pós-moderno ao pós-colonial e para além de um e do outro”. *In*: **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/43227>> Acesso em: 19 set. 2020.

SANTOS, Geowanna A. H. Silva. **Metodologias Ativas como sustentação de um projeto democrático: os desafios enfrentados por um curso de graduação em enfermagem**. 2011. 59 f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino na saúde) Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Americana, 2011.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e Democracia**. Campinas, São Paulo. Autores Associados, 2008.

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica**. Campinas, São Paulo. Autores Associados, 2011.

SEBOLD, Luciara Fabiane; *et al.* Metodologias Ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 4, p. 753-756, out./dez. 2010.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc.** São Paulo, vol. 19, n. 3, jul./set. 2010.

TEITELBAUM, Kenneth; APPLE, Michael. John Dewey. **Currículo sem Fronteiras**, v. 1, n. 2, p. 194-201, jul./dez. 2001.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente -Assistencial (Série Enfermagem- REPENSUL)**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

VARGAS, Hustana Maria. Sem perder a majestade: “profissões imperiais” no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 15, n. 28, p. 107-124, 2010.

VIGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. 2. ed. São Paulo: Martins Editora, 2007.

VIGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**: 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

ZANOTTO, Maria Angélica do Carmo; ROSE, Tânia Maria Santana de. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 45-54, jan./jun. 2003.

APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE SELEÇÃO

1 – NOME

2 – IDADE

3 - COR OU "RAÇA"

- PRETA
- PARDA
- BRANCA
- AMARELA
- INDÍGENA
- OUTRA _____

4 - NATURALIDADE

5 - ONDE CURSOU O ENSINO MÉDIO?

- Integralmente em Instituição Pública.
- Integralmente em Instituição Privada.
- Parte em Instituição Pública e parte em Instituição Privada.

6 - UTILIZOU SISTEMA DE COTAS PARA INGRESSO NO CURSO DE MEDICINA?

- SIM
- NÃO

7 - ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA

8 - ESTÁ ATUANDO COMO MÉDICO/A NA ÁREA?

- SIM. No Setor Público.
- SIM. No Setor Privado.
- SIM. Nos Setores Público e Privado.
- NÃO, mas pretendo.
- NÃO. Desisti de atuar na área.

8.1 - ATUA EM COMUNIDADE DO CAMPO, INDÍGENA OU QUILOMBOLA?

- SIM. Em Comunidade do Campo.
- SIM. Em Comunidade Indígena.
- SIM. Em Comunidade Quilombola.
- NÃO.

9 - ESTÁ CURSANDO PÓS-GRADUAÇÃO?

- SIM. Residência Médica.
- SIM. Outro tipo de Especialização.
- SIM. Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado).
- NÃO.

9.1 - QUAL ÁREA OU ESPECIALIDADE DA PÓS-GRADUAÇÃO?

10 - POSSUI MÉDICOS/AS NA FAMÍLIA?

- SIM.
- NÃO.

10.1 - QUAL O GRAU DE PARENTESCO DE MÉDICOS/AS NA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A VOCÊ?

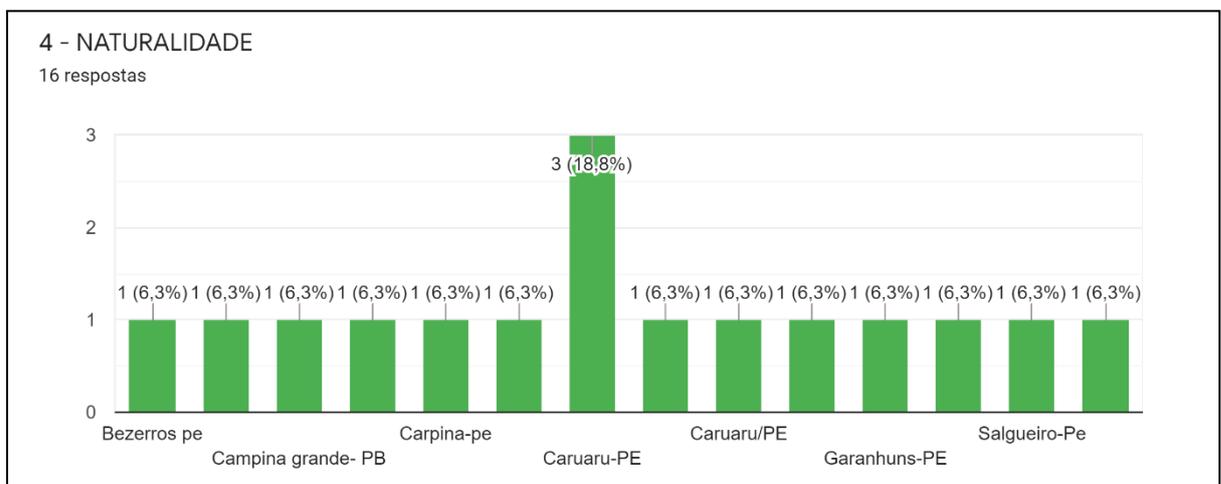
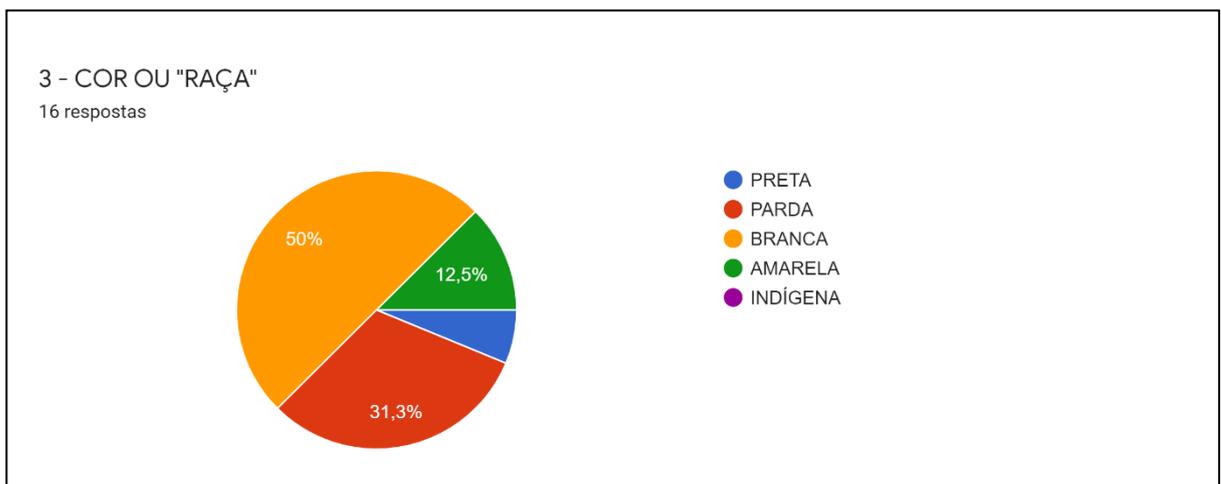
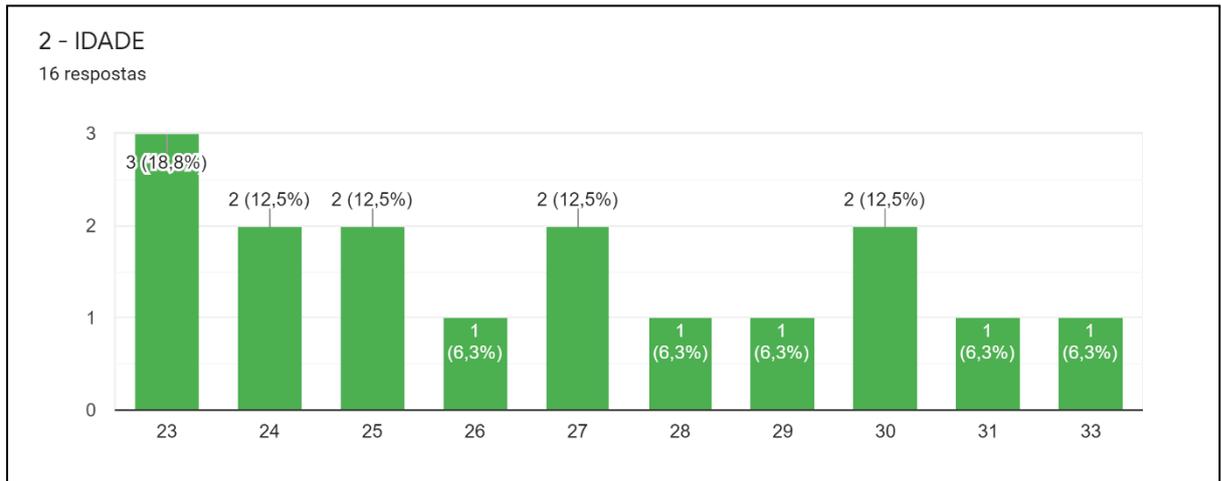
- Mãe/Madrasta
- Pai/Padrasto
- Irmão/Irmã
- Avô/Avó
- Tio/Tia
- Primo/Prima
- Outro _____

11 - Caso você seja selecionado/a, a partir dos critérios estabelecidos, para participar da Pesquisa de Mestrado geradora deste questionário, aceita contribuir com o estudo? A participação será a partir do agendamento de uma entrevista/conversa, presencial ou remota, à critério do participante e de acordo com sua disponibilidade.

- SIM.
- NÃO.

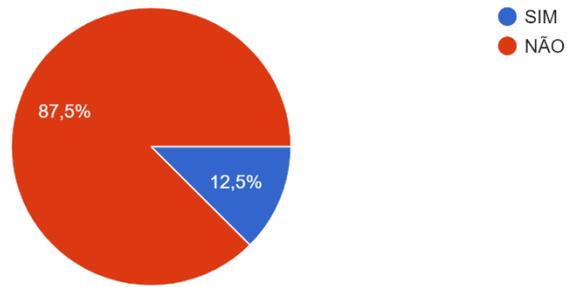
12 - TELEFONE PARA CONTATO

APÊNDICE II – RESUMO DAS RESPOSTAS DO FORMULÁRIOS



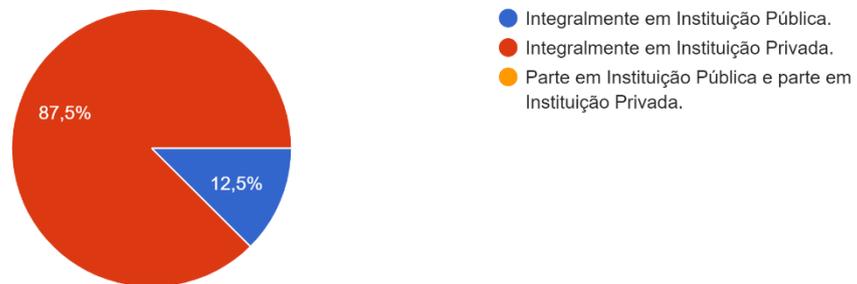
6 - UTILIZOU SISTEMA DE COTAS PARA INGRESSO NO CURSO DE MEDICINA?

16 respostas



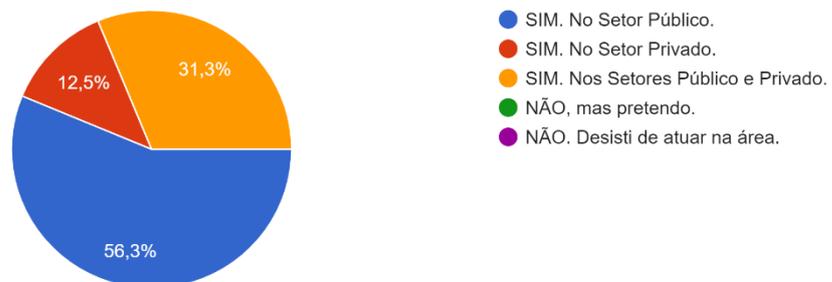
5 - ONDE CURSOU O ENSINO MÉDIO?

16 respostas



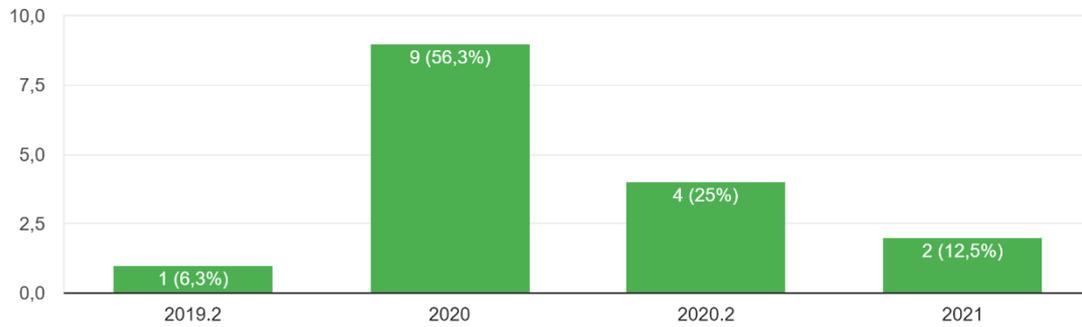
8 - ESTÁ ATUANDO COMO MÉDICO/A NA ÁREA?

16 respostas



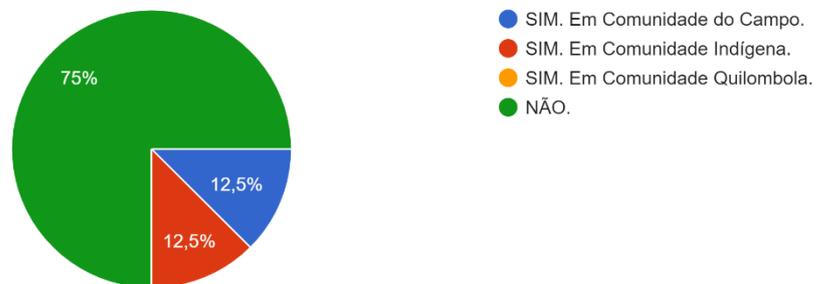
7 - ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA

16 respostas



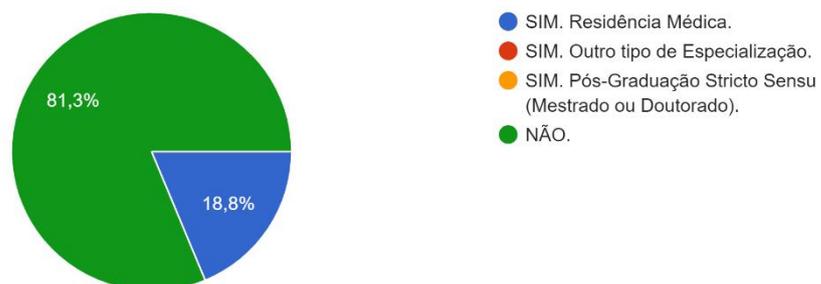
8.1 - ATUA EM COMUNIDADE DO CAMPO, INDÍGENA OU QUILOMBOLA?

16 respostas



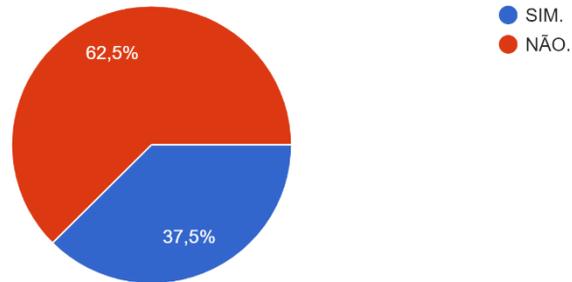
9 - ESTÁ CURSANDO PÓS-GRADUAÇÃO?

16 respostas



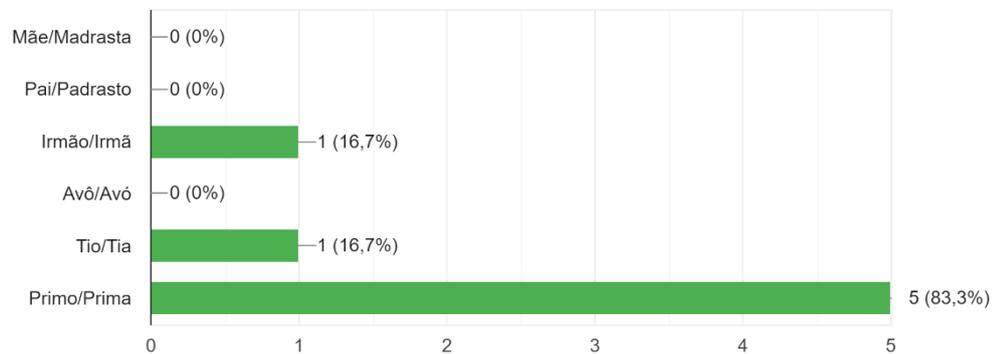
10 - POSSUI MÉDICOS/AS NA FAMÍLIA?

16 respostas



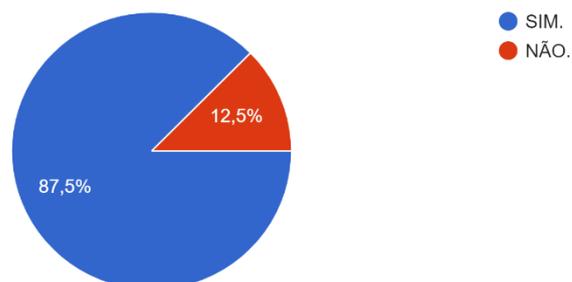
10.1 - QUAL O GRAU DE PARENTESCO DE MÉDICOS/AS NA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A VOCÊ?

6 respostas



11 - Caso você seja selecionado/a, a partir dos critérios estabelecidos, para participar como sujeito da Pesquisa de Mestrado geradora deste questionário, aceita contribuir com o estudo?

16 respostas



APÊNDICE III – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1º BLOCO

1 - O que você pensa a respeito de vocação?

a) você pensa que tem vocação para medicina?

2 - Que ideia de formação você conseguiu construir durante sua graduação?

3 - Se você pudesse enxergar o futuro, como você descreveria sua vida daqui a 20 anos?

4 - Eu vou te dar 3 alternativas para que você escolha a que você acha que melhor descreve como o brasileiro entende a profissão médica. Por que?

() Profissão de idealista

() Profissão de poder e respeito

() Profissão bem remunerada

5 - Você tem algum parente ou amigo que é médico?

a) Como ele descreve o curso que ele fez?

b) Como ele descreve o curso que você fez?

6 - Diga qual a melhor definição do seu curso, dada por um, ou mais, de seus professores.

7 - Qual a pior definição que você já ouviu sobre o seu curso, dada por alguém?

a) Você pode dizer quem é esse alguém?

8 - Eu vou dizer alguns sentimentos e você escolhe 1 que mais se aproxima do como você se sentia, na maior parte do tempo, durante o curso.

() Amparado

() Solitário

() Seguro

() Angustiado

a) Por quê? Você pode me dar um exemplo ou me contar as situações que provocavam em você esse sentimento?

2º BLOCO

9 - No dia a dia de sua prática profissional como você lança mão das estratégias e conhecimentos construídos durante sua formação no curso de medicina?

10 - Houve vivências em espaços pedagógicos ou eixos curriculares de estudo no curso que você considera que foram imprescindíveis para sua atuação profissional?

a) Se ele/a não falar sobre, perguntar quais as contribuições do PIESC, das tutorias, dos laboratórios e do AVA para suas atuações.

11 - Se você fosse contar para alguém como é estudar com o método PBL, como você descreveria?

12 - Se você amanhã fosse professor e coordenador do curso de medicina de Caruaru, o que mudaria e o que manteria?

13 - As vivências nos diferentes espaços pedagógicos do curso lhe ajudam a ter uma experiência profissional coerente com o que você imagina como sendo uma atuação médica ideal?

14 - Como você avalia a sua relação com seus pacientes?

a) Descreva como seria um paciente ideal para potencializar sua atuação clínica.

b) Qual a importância tem a anamnese para na sua prática médica?

15 - Os cursos com perfis semelhantes ao de Caruaru têm um impacto diferente no SUS, quando comparados aos mais tradicionais?

APÊNDICE IV – QUADROS ESTADO DA ARTE

QUADRO 01 – Trabalhos Banco de Teses CAPES

METODOLOGIAS ATIVAS, APRENDIZAGEM ATIVA					
ANO	NÍVEL	ÁREA	AUTOR	TÍTULO	OBJETO DE ESTUDO
2011	Mestrado	Educação	SANTOS, Geowanna A H S	Metodologias Ativas Como Sustentação de um Projeto Democrático: Os Desafios Enfrentados por um Curso de Graduação em Enfermagem	Os Desafios Enfrentados Por uma Instituição Pública De Ensino Superior do Estado de São Paulo na Aplicabilidade das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Conforme O Parecer Cne/Ces 1.133/2001, Do Conselho Nacional De Educação/Conselho Estadual De Saúde, De 7 De Agosto De 2001, com atenção sobre a utilização das Metodologias Pedagógicas Ativas como Sustentação de Um Projeto Democrático
2012	Mestrado	Educação	MACAGNAN, Jones	Metodologias Ativas no Ensino da Anatomia Humana: Impactos sob a percepção dos alunos	Percepção dos alunos quando submetidos a Metodologias Ativas no processo de aprender a disciplina de Anatomia Humana do Curso de Fisioterapia do CCS Da Univali

	Doutorado	Informática na Educação	VOELCKE R, Marta D.	Tecnologias digitais e a mudança de paradigma na educação: a aprendizagem ativa dos educadores como favorecedora da customização e sustentação da mudança	Pesquisa Ação para construção de instrumentos e na melhoria de práticas educacionais a partir do uso de tecnologias digitais com métodos ativos de aprendizagem
--	-----------	-------------------------	---------------------	---	---

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 02 - Trabalhos Banco de Teses CAPES

ABP, APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS, PBL, PROBLEM BASED LEARNING					
ANO	NÍVEL	ÁREA	AUTOR	TÍTULO	OBJETO DE ESTUDO
2011	Doutorado	Ciência e tecnologia de alimentos	SILVA, Silvane G.	Aplicação dos princípios da aprendizagem baseada em problemas em mestrado profissional em ciência de alimentos na modalidade à distância	Avaliação da adequação da utilização dos princípios de ABP em um projeto pedagógico (PP) para um curso de Mestrado Profissional (MP) em Ciência e Tecnologia de Alimentos, a ser oferecido na modalidade a distância utilizando um ambiente virtual de aprendizagem (AVA)

Mestrado	Direito	RIGHETTI, Moacir S.	Ensino jurídico: possível (r)evolução com a implantação do sistema aprendido baseado em problemas (ABP)	Análise do método ABP para o Ensino Jurídico no Brasil, sob o aspecto da função social da Universidade na formação dos estudantes,
	Eng. Civil	MACAMBIR A, Paulo M.F.	A aprendizagem baseada em problemas (ABP): uma aplicação na disciplina "gestão empresarial" do curso de engenharia civil	Analisar a eficiência do método da ABP durante sua aplicação na disciplina "Gestão Empresarial", ministrada a alunos do penúltimo e último semestre do Curso de Graduação em Engenharia Civil.
	Ciências Contábeis	JUNIOR, Valdomiro B	Teoria da complexidade e contabilidade: estudo da utilização da aprendizagem baseada em problemas como abordagem complexa no ensino da contabilidade '	Faz uma conexão entre os conceitos da Teoria da Complexidade e Contabilidade por meio da utilização da ABP ao ensino da Contabilidade

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 03 - Trabalhos Banco de Teses CAPES

ABP, APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS, PBL, PROBLEM BASED LEARNING					
ANO	NÍVEL	ÁREA	UTOR	TÍTULO	OBJETO DE ESTUDO
2011	Mestrado	Engenharia de produção	CARDOSO, Igor M.	Métodos ativos de aprendizagem na engenharia: o uso da aprendizagem baseada em problemas no ensino de logística de transportes	Analisar da efetividade do ABP no ensino de Engenharia da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), no curso de Logística e Transportes
		Ensino de ciências e Matemática/ Ciências da Saúde	OLIVEIRA, Cinthia F. R.	Desenvolvimento docente nos cursos de medicina fundamentados na aprendizagem baseada em problemas: uma revisão sistemática da literatura	Revisão sistemática da literatura – RSL no âmbito da formação docente em currículo médicos orientados pela ABP/PBL.
		Engenharia Tecnologia/ Gestão	CARVALHO, Fernando A. P. B.	Método PBL aplicado em programas de inclusão social: uma modelagem cognitiva na visão freiriana	Aplicação do método PBL em um grupo de estudantes PROEJA. Durante atividades de tutoria, foram aplicadas avaliações realizadas pelo tutor, que ponderou com seu grau de satisfação a atitude do aluno em relação às ações do método.

	Bioquímica	OLIVEIRA, Fabio R.R..	O audiovisual como facilitador do aprendizado baseado em resoluções de problemas: um estudo exploratório a partir da construção e utilização de um vídeo experimental no ensino de neuroanatomia	Analisar o processo de construção e recepção de um vídeo paradidático dedicado ao estudo do sistema cortico-espinhal lateral. A análise pretendeu evidenciar o potencial da utilização dessa ferramenta imagética no ensino de neuroanatomia, para Professores e Alunos do primeiro ano dos cursos da área de ciências da saúde.
	Ensino de Ciências e Matemática	SEGURA, Rafael A.	Problem based learning e blendedlearning em disciplinas semipresenciais: uma abordagem prática para o ensino de banco de dados	Problem based learning e blendedlearning em disciplinas semipresenciais: uma abordagem prática para o ensino de banco de dados

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 04 - Trabalhos Banco de Teses CAPES

ABP, APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS, PBL, PROBLEM BASED LEARNING					
ANO	NÍVEL	ÁREA	UTOR	TÍTULO	OBJETO DE ESTUDO
2012	Doutorado	Enfermagem	RAVELLI, Ana P. X.	E-portfolio: aprendizagem baseada em problemas no cuidado de enfermagem no puerpério imediato/Greenberg	Analisa a contribuição da ferramenta PE no processo de formação do acadêmico de Enfermagem, de uma Universidade Pública Estadual, para o desenvolvimento do seu pensamento crítico e aprendizagem colaborativa para o cuidado no período puerperal imediato/Greenberg, fundamentada na ABP
		Administração	FROES, Marcos F..	Um sistema para construção de ambientes de aprendizagem baseada em problemas com recomendação contextualizada de recursos instrucionais	Apresenta um sistema para construção de ambientes de aprendizagem baseada em problemas com recomendação contextualizada de recursos instrucionais
	Mestrado	Administração	SOUZA, Nilana R.	Aprendizagem ativa em administração: um estudo da	Avaliação da utilização do método de Aprendizagem Baseada em Problemas em

				aprendizagem baseada em problemas (PBL) na graduação	disciplinas do curso de graduação em Administração
	Educação	BOROCHO VICIUS, Eli		Avaliação do problem-basedlearning no curso de administração	Desafios para o aprimoramento do PBL no curso de Administração?
	Educação	CAMPOS, Barbara C. O.		A aprendizagem baseada em problemas no processo de formação docente do curso de engenharia biomédica da PUC-SP	Análise da percepção dos docentes sobre a metodologia ativa ABP adotada no curso de Engenharia Biomédica da PUC-SP na Faculdade de Ciências Exatas e Tecnologia (FCET) desde seu início, no ano de 2009.

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 05 - Trabalhos Banco de Teses CAPES

ABP, APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS, PBL, PROBLEM BASED LEARNING					
ANO	NÍVEL	ÁREA	AUTOR	TÍTULO	OBJETO DE ESTUDO
2012	Mestrado	Química	MORENO,	Investigação das concepções de	Investiga quais as concepções de alguns

			Mauro A J.	alguns professores de biologia, física e química sobre a aprendizagem baseada em problemas	professores de biologia, física e química sobre a ABP.
		Ciência da Computação	RODRIGUES, Ariane N..	Planejamento e acompanhamento do ensino na abordagem PBL em sistemas de gestão de aprendizagem	Apresenta-se neste trabalho um modelo de alinhamento entre os objetivos educacionais e avaliação, este estruturado por um processo de ensino e aprendizagem, visando às etapas de planejamento e acompanhamento e suas atividades.
		Ciência da Computação	OLIVEIRA, Armanda M. C. de A.	Um mapeamento sistemático sobre a abordagem de ensino PBL (problem based learning) aplicada à ciência da computação	Mapeamento sistemático com a finalidade de identificar os estudos que envolvem a prática de PBL no ensino da Ciência da Computação
2013	Mestrado	Ensino em saúde	ALARCON, Miriam Fernanda Sanches	Aprendizagem baseada em problemas: uma proposta para o estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem	investigar a contribuição e a eficácia de um método ativo, a ABP, em uma disciplina do curso de graduação em enfermagem.
			LIMA , Erica Vernaschi	Estudantes de medicina em metodologias ativas: desafios da	Analisar as potencialidades, alcance e resultados do processo ensino-aprendizagem

				aprendizagem baseada em problemas	em metodologias ativas, a partir da visão dos estudantes
2014	Mestrado	Ensino em saúde	CARDIN, Marcia Abusio	Mudança curricular do curso de medicina da universidade de Marília - Unimar: percepção dos estudantes e professores	analisar a percepção dos estudantes e dos professores sobre o processo de ensino-aprendizagem proposto pelo novo currículo

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 06 - Trabalhos Banco de Teses CAPES

ABP, APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS, PBL, PROBLEM BASED LEARNING					
ANO	NÍVEL	ÁREA	AUTOR	TÍTULO	OBJETO DE ESTUDO
2015	Mestrado	Ensino em saúde	SANTOS Júnior, Victório dos	A percepção dos estudantes de medicina durante a ABP na FAMEMA	Investigar a percepção dos estudantes de Medicina do internato da Famema o seu processo de aprendizado.
2016	Mestrado	Saúde da família	CAVALCANT E, Ana Neiline	Análise da produção bibliográfica sobre Problem-Based Learning	Analisar as características bibliométricas da produção científica empírica sobre PBL em

				(PBL) em quatro periódicos selecionados	periódicos de referência em Educação Médica no Brasil e no Mundo de 2005 a 2014
2016	Doutorado	Política, planejamento e gestão em saúde	ADLER, Maristela Schiabel	Aprendizado Em Construção: as vozes da primeira turma da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Carlos	Analisar as percepções de docentes e alunos da Primeira Turma (Turma de 2011) sobre os primeiros anos da Faculdade de Medicina da UFSCar.
2020	Mestrado	Química	LUCENA , Michel Duarte Pergentino de	Aprendizagem baseada em problemas na abordagem da temática combustão	Analisar a Aprendizagem Baseada em Problemas como mobilizadora da compreensão de conteúdos químicos por estudantes do ensino médio a partir da temática combustão.

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 07 - Trabalhos Revista Brasileira de Educação Médica

ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETO DO ESTUDO
2000	Dalva C. M. Yazbeck et al.	Novos Rumos para a Educação Médica	Descrevem-se aqui as principais estratégias didático-pedagógicas da educação médica enfatizando suas vantagens e desvantagens com o objetivo de proporcionar elementos para formar uma visão crítica a seu respeito
2001	Silvia M. S. Soares Mauro Serapioni Andrea Caprara	A Aprendizagem Baseada em Problemas na Pós-Graduação – A Experiência do Curso de Gestores de Sistemas Locais no Ceará	Descreve-se o planejamento e o desenvolvimento do programa de especialização em gestão de sistemas locais de saúde, implementado no período de 1995-1999 na Escola de Saúde Pública do Ceará, enfocando, particularmente, a utilização do PBL como eixo central do processo de ensino-aprendizagem.
	Olga A. Angeli Sonia R. Loureiro	A Aprendizagem Baseada em Problemas e os Recursos Adaptativos de Estudantes do Curso Médico	Caracteriza-se a maneira como estudantes de um curso médico, com diferentes recursos pessoais de adaptação, avaliam sua experiência de aprendizagem por meio da metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)

	Lúcia M. Goulart et al.	Aprendizagem baseada em problemas em Microbiologia no curso de Medicina da UFMG	Análise da implantação da ABP na disciplina de Microbiologia
2002	Patricia M, Wierzchon	O Ensino Médico no Brasil Está Mudando?"Transpondo Desafios para Concretizar Mudanças	Discorre sobre como vem transcorrendo a mudança do ensino médico em Londrina

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 08 - Trabalhos Revista Brasileira de Educação Médica

ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETO DO ESTUDO
2002	Jadete B Lampert	Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil	Verifica as tendências curriculares nas escolas médicas brasileiras
	Olavo F. Ferreira Filho et al.	Visão Docente do Processo de implementação da ABP no Curso Médico da Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Propõe-se a conhecer a visão dos docentes do curso de Medicina da UEL a respeito do processo de implantação e do momento atual do novo currículo em ABP

2003	Gerson Z. Lima	Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): Construindo a Capacitação em Londrina	Registrar as ações desenvolvidas pela Comissão de Capacitação Docente (CC) do curso médico da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no sentido de sensibilizar e treinar professores durante a implementação da ABP
	Ricardo S. Komatsu	Aprendizagem Baseada em Problemas na Faculdade de Medicina de Marília: Sensibilizando o Olhar para o Idoso.	Analisar a percepção de estudantes de Medicina da Aprendizagem Baseada em Problemas — ABP do currículo da FAMEMA como espaço de formação de médicos sensibilizados para a atenção das pessoas idosas
2005	Magali A. A. Moraes	Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na FAMEMA	O objetivo da pesquisa foi analisar as concepções de docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes da 1ª série do Curso de Medicina sobre essa metodologia no currículo da FAMEMA e sua relação com a formação médica
2006	Magali A. Moraes	Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na FAMEMA	O objetivo da pesquisa foi analisar as concepções de docentes-gestores, docentes-tutores e estudantes da 1ª série do Curso de Medicina sobre essa metodologia no currículo da FAMEMA e sua relação com a formação médica
	Eduardo J. Manzini		

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 09 - Trabalhos Revista Brasileira de Educação Médica

ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETO DO ESTUDO
2006	Nelson F. Barros; Lídia C. A. Lourenço	O ensino da saúde coletiva no método de aprendizagem baseado em problemas: uma experiência da Faculdade de Medicina de Marília	Este trabalho relata a estratégia de incorporação das bases da Saúde Coletiva no currículo da Faculdade de Medicina de Marília (Famema)
2008	Neilton A. Oliveira et al.	Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed	Com o objetivo de analisar a percepção de alunos sobre mudanças curriculares na educação médica, pesquisamos seis cursos médicos, em três estados brasileiros, usando questionários e entrevistas
2009	Romeu Gomes et al.	Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica	Este artigo analisa estudos que comparam a utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) na formação médica com o desenvolvimento de currículo tradicional de Medicina.
2010	Maria J. S. Marin	Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem	O presente estudo analisa as fortalezas e fragilidades dos métodos ativos de aprendizagem na ótica dos estudantes.
	Maria R. C.	Actitudes Éticas de los estudiantes y	O objetivo deste estudo foi desenvolver um diagnóstico da

G. Novaes et al.	egresados en carrera de medicina con metodologías activas	inserção integrada da ética na carreira de medicina brasileira com metodologia de aprendizagem baseado em problemas e descrever as percepções de atitudes éticas que tem os estudantes e egressos.
Pedro H. N. Cezar et al.	Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à ABP	Reflexão histórica sobre a implantação da ABP na educação médica, focando seus objetivos, sua aplicabilidade e como ela pode determinar uma participação maior do aluno na construção do seu conhecimento.

Fonte: Autor (2021)

QUADRO 10 - Trabalhos Revista Brasileira de Educação Médica

ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETO DO ESTUDO
2011	José R. B. Costa et al	Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: a visão de estudantes de medicina sobre a aprendizagem baseada em problemas	Visão dos estudantes de medicina sobre a ABP
	Adelina Mezzari	O uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como reforço ao	Este estudo teve por objetivo implementar mudanças na disciplina de Parasitologia e Micologia Médica do curso de

		ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem Moodle	Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
	Maria. Almeida; Nildo Batista	C Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico	Este trabalho mapeia as dificuldades e necessidades relativas ao desenvolvimento docente de professores atuantes em currículos que utilizam métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico
	Andréia Gomes; Sergio Rego	Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?	O objetivo deste artigo é apresentar o método da ABP e as avaliações de seus resultados, de forma a compor um panorama da sua efetividade na busca do médico crítico, reflexivo e com responsabilidade social
2013	Enedina Almeida; A Batista	N Desempenho docente no contexto PBL: essência para aprendizagem e formação médica	Investigar as concepções dos docentes do curso médico da Unimontes sobre vivências na aprendizagem ativa e currículo PBL.

Fonte: Autor (2021)