

# PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE O USO DA PROBLEMATIZAÇÃO COMO METODOLOGIA ATIVA NO INTERNATO EM SAÚDE PÚBLICA

CAPORAL, Marcelo Rodrigo<sup>1</sup>

VAZ, Rogério Saad<sup>2</sup>

SEMÊNIUK, Anna Paula<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Historicamente, a formação dos estudantes em saúde tem sido baseada em metodologias passivas de ensino, em que o professor apresenta-se como o centro da educação, o detentor do conhecimento, o qual busca formar um profissional com excelente técnica, porém descontextualizado das questões psicosociais que envolvem o cuidar de uma pessoa. Os alunos assumem o papel de indivíduos passivos, sem questionamentos, devendo internalizar os conceitos e repeti-los mecanicamente (MAIA, 2014). Como problema de pesquisa, pergunta-se: o uso de metodologias ativas de ensino em saúde, como a problematização, apresentam-se como alternativa para a formação do egresso acima mencionado? Visando estimular a mudança dentro da IES do estudo e dos egressos da pesquisa, foi aplicada uma prática de problematização, baseada no Arco de Maguerez, a um grupo de participantes do internato de medicina de saúde pública dessa IES. **Objetivos:** Analisar a percepção dos participantes sobre a metodologia da problematização no internato na graduação em Medicina, inserir práticas de problematização nos seminários de saúde pública, identificar a percepção dos participantes sobre o uso da metodologia ativa e suas opiniões em relação ao método utilizado, e reconhecer as dificuldades e potencialidades na implantação da prática da problematização nos seminários. **Conclusão:** observamos que o uso da metodologia ativa foi bem aceito pelos participantes do estudo, que houve obstáculos e potencialidades identificados para a implantação dessa metodologia e que o uso das mesmas nos cursos de graduação em medicina pode servir como alternativa para formar profissionais mais humanos, éticos, críticos e reflexivos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Metodologia da Problemática com Arco de Maguerez. Discurso do Sujeito Coletivo. Percepção dos alunos. Internato Médico. Saúde Pública.

## PERCEPTION OF MEDICINE STUDENTS ON THE USE OF PROBLEMATIZATION AS AN ACTIVE METHODOLOGY FOR THE MEDICAL INTERNSHIP IN PUBLIC HEALTH

## ABSTRACT

**Introduction:** Historically, the training of students in health has been based on passive teaching methodologies, in which the teacher presents himself as the center of education, the holder of knowledge, which seeks to train a professional with excellent technique, however decontextualized psychosocial issues that involve caring for a person. Students assume the role of passive individuals, without questioning, and internalize the concepts and repeat them mechanically (MAIA, 2014). As a research problem, we ask: the use of active methodologies in health education, are presented as an alternative to the formation of the aforementioned egress. Aiming to stimulate change within the HEI of the study and the graduates of the research, a problematic practice, based in the Arch of Maguerez, was applied to a group of participants of the public health boarding school of this HEI. **Objectives:** To analyze the perception of the participants about the methodology of the problematization in the medical internship in the graduation in Medicine, to introduce problematic practices in public health seminars, to identify the participants' perceptions about the use of the active methodology and their opinions regarding the method used, and to recognize the difficulties and potentialities in the implementation of the practice of problem-solving in the seminars. **Conclusion:** we observed that the use of the active methodology was well accepted by the study participants, that there were obstacles and potentialities identified for the implementation of this methodology and that the use of these methods in undergraduate courses in medicine can serve as an alternative to train more human professionals, ethical, critical and reflective.

<sup>1</sup> Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde pela Faculdades Pequeno Príncipe. Médico de família e comunidade e Professor do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: marcelocaporal@hotmail.com. Local Trabalho: Centro Universitário Assis Gurgacz. Endereço: Rua Antonina, 2254, Apto 302, Centro, Cascavel – Pr, CEP 85812-040.

<sup>2</sup> PhD (Doutorado). Engenharia de Bio Processos e Biotecnologia aplicada a Saúde Humana e Animal – UFPR. E-mail: rogerio.vaz@fpp.edu.br. Local de trabalho: Faculdades Pequeno Príncipe. Endereço: Avenida Iguáçu, 333, Bairro Rebouças, Curitiba – Pr, CEP: 80230-020.

<sup>3</sup> Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário FAG. E-mail: annapsemeniuk@gmail.com. Endereço: Rua Amazonas, 1883, Country, Cascavel-Pr. CEP: 85813-080.

**KEYWORDS:** Problematisation Methodology with Maguerez' Arch. Discourse of the collective subject. Viewpoint of students. Medical internship. Public health.

## **1. INTRODUÇÃO**

A educação é um processo dinâmico e sem terminalidade, de características e aspectos múltiplos na vida de um indivíduo e permeia desde aspectos humanos, como desenvolvimento de habilidades e cognição, a sociais, políticos e culturais (MAIA, 2014).

Ela compreende tanto a capacidade desse indivíduo de solucionar problemas ou superar obstáculos cada vez mais complexos e profundos inseridos na sociedade em que se vive, quanto à capacidade de assimilação cognitivo-cultural da sociedade que o permeia (MAIA, 2014).

Historicamente, a formação dos estudantes em saúde durante a graduação, tem sido baseada em metodologias passivas de ensino, tradicionais, em que o professor apresenta-se como o centro da educação, o detentor do conhecimento, ou também chamadas de “concepção bancária” do ensino, por Paulo Freire, o qual busca formar um profissional com excelente técnica, porém descontextualizado das questões psicossociais e econômica que envolvem o cuidar de uma pessoa (MAIA, 2014)(CHIARELLA et al., 2015).

Os alunos assumem o papel de indivíduos passivos, que recebem as informações transmitidas passivamente, sem questionamentos, devendo internalizá-los e repeti-los mecanicamente e quando requisitados (provas, discussões de casos entre outros), se vêm obrigados a resgatar/reproduzir o que lhes foi ensinado (MAIA, 2014).

Dessa maneira, a educação escolar e no ensino superior tem sido alvo de questionamentos e propostas de mudanças desde o início do século XX (MAIA, 2014).

A necessidade da mudança dos currículos e da maneira de se educar os profissionais de saúde, em especial os médicos, já é sentida, observada e também relatada por convededores e pesquisadores em ensino há muito tempo. Pode-se observar no artigo de Laura C.M. Feuerwerker “O Movimento Mundial de Educação Médica: as conferências de Edinburgh”, que já à época dessas conferências (em 1988 e 1993), ponderava-se as necessidades de transformações na educação médica, principalmente voltadas a promoção, prevenção e reabilitação das doenças, integração entre ensino e serviço, mudança na educação médica, considerando que a responsabilidade da escola vai além de apenas transmitir as informações, buscando atender as necessidades da formação médica para o sistema de saúde (FEUERWERKER, 2006).

Observa-se como problema de pesquisa que: o uso de metodologias ativas de ensino em

saúde, como a problematização, apresentam-se como alternativa para a formação do egresso de acordo com as diretrizes nacionais e do profissional que se espera para atuar junto às necessidades de saúde da população?

O crescente anseio dos discentes da área de saúde por se tornarem profissionais mais humanos, éticos e compromissados com a qualidade da sua formação profissional e do atendimento ao público, qualidade está não apenas da óptica formal da excelência do procedimento executado, mas também do aprendizado em se criar uma relação saudável, cordial e de respeito mútuo entre docente e discente, profissional e paciente e interprofissional, faz com que a utilização de novas práticas de ensino sejam cada vez mais desejadas pelos mesmos, na pretensão de achar as respostas para as suas ambições (NUTO et al., 2006).

Nesse contexto de anseio por mudanças e do modelo flexneriano, seguido por várias escolas médicas, que destoam da realidade da população, apresenta-se como o caminho para superação o uso das metodologias ativas de ensino aprendizagem, como a problematização, as quais estimulam o aluno a ser o protagonista da construção do seu próprio conhecimento, estimulando uma prática de ensino libertadora, na qual ele se depara com problemas em que o conhecimento a ser adquirido para a resolução dos mesmos, parte do aluno, estimulando este a aprender a aprender e a resolver os problemas de acordo com conceitos, leis e relações que precisará assimilar (MAIA, 2014).

Não diferente, os alunos da Instituição de Ensino Superior (IES) deste trabalho compartilham dos mesmos anseios e ambições por mudanças no seu ensino. Tendo em vista que os alunos do curso de medicina desta IES vivenciam no seu dia a dia das aulas, desde os primeiros semestres do curso até o internato médico, na sua grande maioria metodologias passivas de ensino, as quais muitas vezes limitam o crescimento individual e em grupo dos discentes.

Este trabalho visou a aplicação de uma prática de problematização nos seminários semanais da disciplina de saúde pública, objetivando a socialização do processo de ensino aprendizagem entre o participante e o pesquisador, estimulando os participantes a tornarem-se um ser ativo, crítico e pensante e responsável pelo seu conhecimento, capaz de teorizar e solucionar os problemas que encontrará durante a sua carreira profissional.

Buscou-se com o trabalho analisar a percepção dos participantes sobre a metodologia da problematização empregada no internato de saúde pública na graduação em Medicina, inserir no internato médico práticas de problematização nos seminários de saúde pública, identificar por meio da percepção dos participantes como o uso da metodologia ativa foi aceita perante estes e suas opiniões em relação ao método de ensino e aprendizagem utilizado e reconhecer as dificuldades e potencialidades que surgiram no processo de implantação da prática de problematização.

## **2. METODOLOGIA**

Durante o internato de saúde pública, do curso de medicina, em uma IES do Oeste do Paraná, os participantes são divididos em quatro grupos de três a quatro alunos, dos quais cada grupo passa durante o período da manhã em estágio de prestação de serviço.

São supervisionados por docente em atendimento a pacientes, discutindo o caso desde as queixas iniciais a intervenção terapêutica e, nas segundas feiras, ao final da tarde, em um único momento semanal, os discentes de todos os grupos participam de um seminário junto com os docentes em que é apresentado um tema de relevância em saúde, por parte dos participantes, em metodologia tradicional (aula expositiva).

Devido a esse encontro único semanal, em sala de aula, de todos os discentes e por o pesquisador não ser docente do internato na IES do estudo no momento da pesquisa, dificultando que este leva-se todos os participantes a campo, para observação da realidade e elaboração do problema, optou-se por fornecer nesses encontros, nos seminários, retratos da realidade, através de casos problema já elaborados previamente e utilizar da metodologia ativa da problematização com os participantes do estudo, por esta não necessitar de uma mudança curricular e por poder ser utilizada em momentos oportunos e únicos, como os seminários semanais.

No primeiro dia da intervenção, os participantes foram divididos em dois grupos, com um facilitador cada (o pesquisador e um outro professor convidado da residência médica de medicina de família e comunidade, que já está habituado com o uso de metodologias ativas de ensino na residência), e foi fornecido aos mesmos o artigo “A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?” (BERBEL, 1998), para leitura em grupos e discussão, para melhor entenderem a metodologia a ser aplicada.

Após a discussão, foi fornecido o primeiro caso/retrato da realidade (caso Agenor, explicado posteriormente) para ser lido nos grupos e iniciar o Arco de Maguerez, com a observação da realidade e formulação dos pontos chave.

Os retratos da realidade fornecidos para observação e discussão dos participantes foram quatro casos retirados da série Casos Complexos da UnaSus (Universidade Aberta do SUS), elaborados em conjunto com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sendo os casos apresentados, cronologicamente, chamados por: caso Agenor, caso Maria do Socorro, caso Dona Margarida e caso Natasha. Ao final de cada caso, após a etapa da aplicação à realidade, através de registro escrito, foi realizado um feedback oral para os alunos pelo pesquisador e o outro professor convidado sobre as etapas da metodologia aplicada. A intervenção ocorreu no período de oito semanas com os participantes, sendo duas semanas para cada caso, com início e término do arco de

Maguerez e os pontos chave e hipóteses de solução formuladas pelos dois grupos, serão apresentados no item dos resultados e discussão.

Ao final da intervenção, uma semana após o término da mesma, foi realizada uma entrevista semiestruturada com cada participante, individualmente, a qual foi gravada, para avaliar a percepção/opinião deste com relação ao uso de uma metodologia ativa, no caso a problematização.

A análise das informações ocorreu através do método de pesquisa qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo e através do software DSCsoft.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa através da Plataforma Brasil sob o número CAAE 57489716.8.0000.5580.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 ENSINO TRADICIONAL MÉDICO**

Em 1910, Abraham Flexner publicou um relatório sobre a educação médica americana, *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que após ficou conhecido como o Relatório Flexner, o qual serviu como base para orientar a estruturação do ensino e formação curricular dos cursos de medicina na América e pelo mundo por várias décadas e que se mantém até hoje (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Este relatório propiciou o desenvolvimento do ensino tradicional centrado no professor, com base na sua experiência clínica e acadêmica, procurando formar um aluno com excelência técnica e científica, porém não favorecendo os aspectos sociais, culturais e psicológicos do paciente (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Neste modelo de ensino, os currículos são estruturados por disciplinas e estas em ciclos básicos e clínicos, geralmente não comunicando entre si, o que favorece a perda do cuidado integral do indivíduo (ABREU, 2009).

As aulas são ministradas para grandes grupos, usualmente do tipo conferências e palestras, com enorme quantidade de informações transmitidas, valorizando a transmissão de conhecimento do professor/especialista (ABREU, 2009).

Os alunos participam passivamente do ensino, apenas como ouvintes na maioria do tempo, aceitando tudo que lhes é repassado, não participando do seu próprio aprendizado e muitas vezes sem tempo para outras atividades que não seja o estudo para as avaliações, uma após a outra, as

quais também avaliam apenas a quantidade de informação memorizada naquele momento (ABREU, 2009).

Alheio a uma anamnese detalhada, um exame físico pormenorizado, com boa semiologia, o médico aprende e apoia-se cada vez mais em exames de imagem e laboratoriais para buscar o diagnóstico de um paciente e após, tentando encaixar esse em um dos vários consensos ou guidelines existentes, trata a todos como se fossem iguais, desconsiderando as particularidades individuais e socioeconômicas de cada um.

Como efeito, apesar dos grandes avanços tecnológicos e do elevado padrão científico que a medicina alcançou, criou-se um descontentamento na sociedade em geral e nos cursos de graduação com relação ao distanciamento do profissional da saúde em relação ao paciente como ser humano. A relação profissional-paciente tornou-se exageradamente tecnicista (ABREU, 2009).

Pode-se dizer que a dificuldade em proporcionar um cuidado integral ao paciente, não apenas focado na doença, no qual a pessoa é compreendida em seu todo, levando em consideração aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais (PAIM; SILVA, 2010), está atrelado a formação oferecida nos cursos da área de saúde, que não privilegiam essa visão integral do ser humano e não enfatizam o trabalho interprofissional, pois mesmo que o profissional médico tenha uma visão biopsicossocial do ser humano, não conseguirá garantir sozinho a atenção integral à saúde, pois não daria conta de atuar em todos os pontos de atenção.

Juntamente aos fatores acima, pode-se observar que a sociedade atual apresenta valores distorcidos, que supervalorizam a aparência, as soluções rápidas e o prazer imediato, não contribuindo para o fazer reflexivo e para as respostas integrais, sendo que a concepção ideológica capitalista atual reforça o modo de ensinar fragmentado, desagregando corpo e mente, valorizando os aspectos genéticos e biológicos e realçando que os problemas localizam-se apenas no corpo (ABREU, 2009).

### **3.2 METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR NAS ÁREAS DA SAÚDE**

O modelo de ensino praticado na maioria das escolas de ensino superior na área de saúde adota um ensino baseado em disciplinas, com o conhecimento centrado no professor, sendo este o detentor do conhecimento e o aluno recebendo as informações de maneira passiva, com atividades práticas voltadas quase que exclusivamente hospitalares e uma fragmentação dos conhecimentos de saúde e do corpo.

Historicamente, este é o modelo hegemônico praticado na maioria das instituições de ensino superior, caracterizado pela falta de articulação prática-teórica, formando profissionais especialistas, capazes de lidar com as mais variadas tecnologias, mas que são pouco habilidosos para lidar com questões sociais e culturais das pessoas e dos seus pacientes. Isso demonstra cada vez mais um distanciamento do modelo de organização dos serviços de saúde públicos e das diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação - MEC (GOMES et al., 2010).

Tendo em vista esse distanciamento do profissional da saúde do paciente, promovido pelo ensino tradicional em saúde, como foi caracterizado anteriormente, no ano de 2001, foi aprovada pelo MEC as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, de acordo com a Resolução CNE/CES n. 04/2001, reformuladas em 2014, buscando estimular e nortear as mudanças no ensino em saúde dentro das instituições de ensino e demonstrando a clara urgência de reforma curricular dos cursos superiores em saúde (GOMES et al., 2010). Em um dos primeiros parágrafos da diretriz, encontra-se (BRASIL, 2001):

[...] as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

Dessa maneira, as diretrizes estimulam as mudanças curriculares buscando a formação de um profissional sensível ao sofrimento humano, capaz de trabalhar em equipe e apto para prestar uma assistência humanizada e integral aos pacientes (GOMES et al., 2010).

Para que essa mudança do pensar e do currículo ocorra, é necessário que as universidades e os serviços em saúde articulem-se, buscando respostas para os problemas elencados acima com aproximação dos mesmos e problematizando as suas práticas diárias, para que o aluno cada vez mais cedo entre em contato com a realidade e produza novas atitudes com relação ao desenvolvimento do processo saúde/doença, relação com os pacientes e o sistema de saúde (GOMES et al., 2010).

Repensar a formação profissional em saúde não é tarefa fácil. Porém, para que as transformações no ensino e na assistência ocorram, é imperativo considerar como caminho o uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem que coloquem o estudante como o centro do processo, dando-lhe autonomia e responsabilidade na construção do seu saber, que privilegiem a participação ativa daquele na construção deste, vinculando este à formação no Sistema Único de Saúde - SUS (GOMES et al., 2010).

É proposto um processo de ensino aprendizagem que faça com que, a partir da observação da realidade, estudos e reflexão crítica sobre essa, o aluno adquira conhecimentos teóricos em conexão com a prática e que respondam as demandas por esse observadas na realidade (GOMES et al., 2010).

As metodologias ativas de ensino aprendizagem utilizam a formulação de problemas como estratégia de ensino-aprendizagem, pois diante do problema real, o aluno para, observa, reflete, correlaciona com a sua história e passa a dar novo significado as suas descobertas, tendo a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento (MITRE et al., 2008). Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004), as metodologias ativas estão baseadas na aprendizagem significativa em que o aluno apresenta-se como o principal ator no processo de construção do seu conhecimento.

Percebendo que a nova maneira de aprender é um instrumento necessário e relevante para amplificar suas possibilidades e caminhos, o discente poderá assim exercitar a autonomia e a liberdade na realização de escolhas e na tomada de decisões. Faz com que esse assuma um papel cada vez mais ativo, desvinculando-se de um mero receptáculo de informações, esforçando-se para adquirir saberes relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem (MITRE et al., 2008).

Atitude criadora, intromissão científica, espírito crítico-reflexivo, capacidade para auto avaliação, colaboração com o trabalho em equipe, responsabilidade, ética e empatia na assistência são características fundamentais a serem desenvolvidas pelo discente (MITRE et al., 2008).

O docente deve assumir um papel de orientador e transformador do processo ensino-aprendizagem, como foco para que todos os seus alunos alcancem os objetivos de aprendizagem estabelecidos através de proporcionar experiências enriquecedoras para os mesmos. A relação dialógica entre docente e discente possibilita que ambos aprendam em conjunto (CYRINO e TORALLES-PEREIRA, 2004; MITRE et al., 2008).

O uso das metodologias ativas de ensino aprendizagem permite a interrelação entre a comunidade, o serviço e as universidades, por estimular uma mudança de mentalidade de todos os atores envolvidos no processo educativo, com ressignificação e reavaliação de seus papéis, proporcionando uma interpretação e intervenção de acordo com a realidade, valorizando todos os envolvidos do método de construção coletiva e seus diferentes conhecimentos, promovendo a liberdade no ato de pensar e no trabalho em equipe (MITRE et al., 2008).

As principais metodologias ativas de ensino aprendizagem atuais dentro das escolas de saúde baseiam-se no método da problematização (baseado no Método do Arco por Charles Maguerez) e/ou na Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP.

A problematização é uma proposta metodológica que pode ser utilizada sempre que oportuno, pode ser utilizada para o ensino de determinados temas de uma disciplina como aplicada no planejamento curricular de um curso. A formulação do problema é mais abrangente e é realizada pelos alunos. Tem como sua maior contribuição, de acordo Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a mudança de mentalidade de todos os atores envolvidos no processo educativo, com ressignificação e reavaliação de seus papéis, requerendo do professor uma mudança de postura para o exercício de trabalho reflexivo com o aluno.

Já a aprendizagem baseada em problemas é uma proposta metodológica que passa a direcionar toda uma organização do currículo de um curso, tendo uma necessidade maior de mobilização da instituição de ensino, do corpo docente, acadêmico e administrativo, demandando alterações estruturais mais profundas que na problematização. O problema é apresentado pelo professor-tutor aos alunos, os quais através de estudos e pesquisas, devem alcançar os objetivos de aprendizagem previamente elaborados pelo professor e resolver os problemas relativos a temas específicos do ensino da profissão.

A problematização, metodologia ativa de ensino, fundamentada no Método do Arco de Charles Maguerez, que será posteriormente apresentada, é baseada em estudo desenvolvido a partir da realidade ou recorte, em cinco etapas: observação da realidade, pontos chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (BERBEL, 1998).

### **3.3 A PROBLEMATIZAÇÃO COMO METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO APRENDIZAGEM**

A problematização, é uma metodologia ativa de ensino aprendizagem, fundamentada no Método do Arco de Charles Maguerez, é baseada em estudo desenvolvido a partir da realidade ou recorte desta, sendo uma alternativa metodológica que deve ser usada sempre que necessário, principalmente quando o objeto de estudo está relacionado com a vida em sociedade. É constituída de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades organizadas em cada fase. Consiste em preparar o discente para tomar ciência do seu mundo e agir para transformá-lo para melhor, para uma vida em sociedade mais digna para o ser humano. É constituído por cinco etapas, já citadas: observação da realidade, pontos chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (BERBEL, 1998)(COLOMBO, 2007).

A Observação da Realidade social e concreta é a primeira etapa a ser realizada pelos alunos, consiste em um olhar atento dos mesmos para a parcela da realidade em que o tema proposto está

acontecendo ou sendo vivido, podendo ser guiados por questões gerais que auxiliem a não fugir do tema e a focalizar melhor nesse. Os alunos problematizam sobre a realidade vinculada ao cerne do estudo e elaboram um problema a ser estudado, diferentemente de outras metodologias em que o professor fornece o problema (BERBEL, 1998; BERBEL, 2011).

Tal observação proporcionará a identificação de carências, discrepâncias e dificuldades as quais serão problematizadas. Dentro desses problemas poderá ser escolhido um ou vários para serem estudados, sendo distribuídos para o grupo, o qual discutirá entre os componentes e com o docente formularão a redação do problema, sintetizando a etapa a qual servirá de referência para as próximas (BERBEL, 1998).

A segunda etapa que consiste na elaboração dos pontos chave, advém da reflexão sobre as possíveis causas dos problemas em estudo, questionando-se por que eles existem (BERBEL, 1998). Estes pontos-chave, na concepção de Cyrino e Toralles-Pereira (2004), seriam aqueles que se modificados, poderiam resultar na resolução do problema. A partir de uma análise reflexiva, na qual os discentes deparam com problemas de ordem social, complexos e multideterminados, estes são encorajados a uma nova síntese: a da composição dos pontos fundamentais que deverão ser estudados sobre o problema, para assimilá-los mais profundamente e encontrarem maneiras de intervir na realidade para solucioná-los ou provocar passos nessa direção (BERBEL, 1998).

A terceira etapa do Arco de Maguerez consiste no estudo e na investigação das informações sobre os problemas elencados. As informações obtidas, registradas e tratadas, são analisadas e avaliadas quanto a suas contribuições para resolver o problema, devendo todo estudo prestar de base para a modificação da realidade. É o momento de elaborar respostas mais elaboradas para o problema (COLOMBO, 2007).

Então se chega à quarta etapa, da formulação das Hipóteses de Solução, quando a originalidade e a criatividade devem ser incentivadas para se pensar nas alternativas de solução. Nesta metodologia, as hipóteses são construídas após o estudo, como resultado da assimilação que se atingiu sobre o problema, investigando sobre todas as ópticas possíveis (COLOMBO, 2007).

A quinta e última etapa é a da Aplicação à Realidade. Neste passo possibilita-se ao discente exercitar o intervir, o manejar as soluções propostas ao problema da realidade. A aplicação permite firmar as respostas geradas e atende o envolvimento do pesquisador com a realidade, modificando em algum nível a mesma (COLOMBO, 2007; BERBEL, 1998).

Conclui-se assim o Arco de Maguerez, levando os alunos a exercitarem a trama dialética de ação-reflexão-ação, ou relação prática-teoria-prática, sendo essa o eixo básico de orientação de todo o processo. O aluno parte da prática e a essa ele retorna, visando a transformação da realidade.

Ao final de todo o processo, desde o momento da observação da realidade passando pela discussão em grupo das informações colhidas, com a reflexão sobre as prováveis causas e determinantes do problema e após com a elaboração das hipóteses de solução e a interferência na realidade, tem-se como objetivo do aprendizado a mobilização do potencial ético, social e político dos discentes (COLOMBO, 2007).

Estes aprendem cientificamente e agem politicamente, como pessoas em formação que participam da construção da sua história e dos que estão ao seu redor (COLOMBO, 2007).

A prática da problematização tem em seu meio e fim, conceitos e valores que muito se assemelham com a disciplina de saúde da família dentro da área de saúde, que busca formar um profissional mais ético, crítico, reflexivo, capaz de trabalhar em equipe e de uma visão integral do cuidado do paciente.

### **3.4 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NO INTERNATO EM MEDICINA**

Regulamentado pela primeira vez em 1969, o internato médico foi reconhecido como etapa essencial e primordial da aprendizagem médica a partir da resolução nesse mesmo ano, elaborado pelo Ministério da Educação e Cultura - MEC e do Conselho Federal de Educação - CFE, tornando-o obrigatório nas escolas médicas como etapa final do curso de medicina e com diretrizes universais a serem seguidas (ZANOLLI et al., 2012).

Na atualidade, o internato é considerado pelas últimas diretrizes como um período obrigatório de ensino-aprendizagem, com características especiais, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituições de saúde vinculadas ou não a escola médica, devendo ocorrer com carga horária mínima de 35% da carga total do curso, sendo destas no mínimo 30% voltados para atividades realizadas na Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, com um mínimo de dois anos de internato (BRASIL, 2014).

Tradicionalmente o internato médico está longe dos conceitos de metodologias ativas que foram abordados nos capítulos anteriores, ele também é considerado um internato rotativo, em que os alunos passam separadamente em períodos iguais entre as cinco grandes áreas da medicina (clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e saúde coletiva), dentro de ambientes hospitalares, na maioria das vezes ainda dentro de subespecialidades dentro das grandes áreas, sem ligação entre um estágio e o outro, perpetuando a visão fragmentada, não integral da saúde e o treinamento para formar novos especialistas. Algumas vezes, tem-se a opção de estágios

optativos dentro ou fora da instituição, à escolha do aluno, geralmente em uma subespecialidade por este escolhido.

Recebem um treinamento na maioria das vezes sem supervisão capacitada. Observa-se que a maioria dos preceptores não tiveram capacitação para serem docentes e muitas vezes não tem clareza quanto ao seu papel de preceptor frente aos objetivos a serem atingidos pelos alunos ao final do internato. Os alunos muitas vezes têm contato maior com os médicos residentes do que com os preceptores, com discussões à beira do leito, sendo os assuntos abordados apenas de acordo com o quadro e evolução do paciente, sem levar em conta os saberes prévios dos alunos e as competências mínimas profissionais finais que estes devem atingir (TSUJI; ZANOLLI, 2003) (RIBEIRO, 2011).

Durante as discussões dos casos, o professor realiza perguntas ao aluno relacionadas apenas ao quadro clínico biológico do paciente, sem nenhuma visão da condição psicossocial e econômica, e quando o aluno não sabe responder, repassa para o próximo a pergunta, com um tom de desprezo pelo “despreparo” do aluno, sem estimular este na busca pelo conhecimento. A conduta clínica é discutida geralmente com o médico residente, quando não é tomada unicamente pelo preceptor, sem discussão da mesma com os alunos, que tendem a tentar entender a conduta sem prévia discussão, baseada no que lembram do seu conhecimento adquirido nas cadeiras básicas e clínicas dos anos anteriores (TSUJI; ZANOLLI, 2003; RIBEIRO, 2011).

Em alguns períodos os alunos do internato se deparam com aulas tradicionais, expositivas, sobre alguns temas/artigos da área em que estão estagiando, com as discussões realizadas pelos professores especialistas presentes no ambiente e os métodos de ensino e avaliação muitas vezes são reproduzidos pelos preceptores como era realizado durante a sua própria formação (RIBEIRO, 2011).

Como uma das várias alternativas a esta metodologia de ensino tradicional, quando fala-se em preceptoria e das discussões em enfermarias ou ambulatórios, cabe ao preceptor estimular o aluno quanto a participar das evoluções clínicas, apresentação dos casos, acompanhar os pacientes nos exames, co-participar da responsabilidade sobre o paciente etc. Deveria o preceptor realizar seu raciocínio clínico como se o estivesse fazendo em voz alta, para que os alunos possam acompanhar o mesmo e observar a evolução desse raciocínio em todos os passos, desde a coleta de informações na anamnese, busca de alterações ao exame físico que justifiquem ou expliquem as queixas, formação das hipóteses diagnósticas frente a análise dos dados colhidos até aqui e elaboração da conduta e investigação clínica frente as hipóteses levantadas, dessa forma ajudando o aluno na formação do seu próprio raciocínio diagnóstico (RIBEIRO, 2011).

É imprescindível que, independente dos cenários de prática, o preceptor seja capaz de elaborar estratégias para e junto com os alunos, para que este esteja apto a articular os conteúdos aprendidos

na teoria com a prática; capaz de superar suas lacunas de conhecimento através de busca bibliográfica e comprometer-se com o paciente e seu tratamento, assumindo a responsabilidade sob seu cuidado e com o serviço, buscando prepará-lo para a vida profissional que o aguarda.

Dentre as propostas metodológicas encontradas na literatura sobre reformulação do internato, pode-se observar na proposta de Demarzo et al. (2010) a ideia de um internato estruturado longitudinalmente, apresentando como pilar estruturante a atenção básica - AB, com toda a sua complexidade clínica e seus princípios que se assemelham aos objetivos da formação médica pelas últimas Diretrizes Nacionais. Assim como nos sistemas nacionais de saúde em que se orienta a estruturação dos mesmos a partir da atenção básica, tem-se o currículo da graduação médica orientado pela mesma, em conformidade com o profissional que se pretende formar, voltado para o trabalho em AB e de acordo com as necessidades de saúde da população (DEMARZO et al., 2010).

A coordenação dos cenários de prática e aprendizagem pela atenção básica faria com que os estudantes participassem, progressivamente, em atividades nos outros níveis e elementos da rede de saúde (ambulatórios de especialidades e hospitais), de acordo com o perfil de competência esperado do egresso das escolas médicas, com responsabilidades e competências progressivas a cada ano, podendo acompanhar seus pacientes dentro do sistema, observando-o na referência e na contra-referência (DEMARZO et al., 2010). Dessa maneira, conseguiria alcançar melhor a compreensão do aluno com relação ao cuidado longitudinal, integral e integrado dos pacientes e entendam a visão integrada do Sistema Único de Saúde que se espera (DEMARZO et al., 2010).

Uma outra proposta metodológica para o internato médico, observa-se no artigo de Ferreira et al. (2015) da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), no artigo intitulado “Aprendizagem Baseada em Problemas no Internato: Há Continuidade do Processo de Ensino e Aprendizagem Ativo?”. Neste artigo, pode-se observar o relato da adaptação de uma metodologia ativa de ensino, a ABP, no internato médico, pois a estrutura curricular dos quatro primeiros anos da graduação médica da FAMEMA é baseada na ABP e não diferente deveria ser durante o internato.

De acordo com o manual do internato da FAMEMA, pode-se observar como foi realizado essa moldagem da ABP para o internato, em se tratando da prática em ensino: o aluno deve apresentar a anamnese e exame físico para a discussão em grupo, relevando também as informações psicossociais do paciente, auxiliando a identificar e integrar as informações mais importantes para facilitar o desenvolvimento do raciocínio clínico por parte do grupo e elaborar as hipóteses diagnósticas; na sequência, após levantada as hipóteses diagnósticas do caso, essas devem ser discutidas; frente as hipóteses principais em que o grupo entra em consenso, elabora-se um plano de investigação e cuidados ao paciente para confirmar as hipóteses levantadas, identificando hiatos do conhecimento em qualquer uma das fases para ser estudada posteriormente e no retorno,

compartilhada as informações com os demais participantes do grupo. Ao final, observa-se a resposta do paciente, reiniciando as etapas caso as hipóteses não sejam confirmadas frente à evolução do paciente ou aos exames propostos na etapa da investigação (FERREIRA et al., 2015) (TSUJI e ZANOLLI, 2003).

Em se tratando das atividades teórico-pedagógicas do internato, as mesmas ocorrem dentro do ciclo pedagógico, o qual consiste em encontros semanais entre os alunos e os preceptores responsáveis pela didática, em que ocorre a elaboração do Portfólio Reflexivo. Neste portfólio, que consiste em uma metodologia tanto de ensino quanto de avaliação, o aluno realiza as tarefas de: narrativa reflexiva, síntese provisória, busca qualificada, nova síntese e avaliação. O mesmo é utilizado como uma ferramenta de reflexão da prática, buscando o desenvolvimento do conhecimento literário e do desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos, simplificando a autoavaliação e a avaliação realizada pelo preceptor do ciclo (FERREIRA et al., 2015) (TSUJI e ZANOLLI, 2003).

#### **4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Observa-se nos últimos anos, uma ampla expansão de atualização dos currículos dos cursos de medicina nas mais diversas IES do país, buscando seguir as diretrizes curriculares nacionais em que objetiva-se formar um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, o que vem ao encontro aos princípios dos estágios em saúde pública/saúde da família (ou outras denominações equivalentes) e as metodologias ativas de ensino aprendizagem, como foi demonstrado durante a fundamentação teórica desse trabalho.

A saúde da família constitui a base para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, uma especialidade eminentemente clínica que desenvolve práticas integrais e integradoras de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, direcionadas as famílias, comunidade e as pessoas. Com esses atributos, torna-se uma disciplina estratégica para a reformulação e ressignificação da profissão médica.

Dentro da metodologia do trabalho proposta, durante a aplicação do mesmo, os alunos realizaram as etapas do arco de Maguerez a partir de um caso/retrato da realidade fornecido pelo pesquisador a partir da série casos complexos da UnaSUS, como descrito, tendo as “respostas” descritas e compiladas.

Pode-se observar nas respostas elaboradas pelos participantes que estes tiveram um olhar diferenciado/ampliado para cada caso, não resumindo-se apenas a visão biologicista, voltada para a

doença e com atuação exclusiva do médico.

Observa-se que em todos os casos, os problemas levantados e as hipóteses de solução elaboradas para serem aplicadas a realidade foram além dessa visão voltada para a doença, com um olhar para as questões sociais e culturais envolvidas em cada caso, com o tratamento e as condutas não ficando limitadas apenas na medicação e no médicocentrismo, buscando integrar a família e os outros profissionais presentes dentro da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para participar e pactuar ações visando a melhoria e resolução dos casos, entendendo que o trabalho multiprofissional e interprofissional, com apoio da família e autocuidado do paciente, trariam melhores resultados do que um intervenção única e pontual do médico.

Dessa maneira, conseguiu-se plantar uma semente nesses participantes visando a formação de um profissional sensível ao sofrimento humano, capaz de trabalhar em equipe e apto para prestar uma assistência humanizada e integral aos pacientes, como vemos nas últimas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina.

A isso o autor da pesquisa atribui à metodologia da problematização empregada nessa pesquisa e também aos professores e ao estágio em saúde pública que os participantes passaram, no qual busca-se estimular essa visão diferenciada no participante desde seu primeiro dia de internato.

Para a apresentação dos resultados, discussão e os discursos do sujeito coletivo elaborados, de cada resposta, para cada pergunta, estes serão apresentados questão por questão. As respostas a entrevista foram analisadas de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Fernando e Ana Maria Cavalcanti Lefevre (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003).

Em relação à pergunta um, a análise das ideias centrais (IC) das respostas dos catorze participantes do estudo foi dividida em duas categorias, sendo a categoria A caracterizada pela ideia central de que “O internato em Saúde pública é importante”, e a categoria B, composta por uma única resposta (sexo masculino), caracterizada pela ideia central de “A saúde pública mostra um atendimento mais integral ao paciente”.

Observou-se, de acordo com o relato dos participantes dessa pesquisa em referência a pergunta Um, e comparado a outro estudo relacionado ao tema (ANDERSON et al, 2007), a importância que os alunos de medicina observam e dão a esse estágio, por ser diferenciado, ensinar os alunos um atendimento ampliado, com visão integral sobre o paciente, voltado para atenção primária em saúde e que, em sua grande maioria, gostam da experiência que tem durante o estágio (100% dos entrevistados relataram terem gostado da experiência). Nesse ponto, os resultados aqui apresentados diferem do estudo de Costa et al. (2012), em que a visão negativa sobre a unidade de saúde da família predominou na maioria das opiniões dos participantes entrevistados nessa pesquisa, segundo o autor, devido ao que os mesmos pontuaram como causa a desorganização das

unidades e a falta de um preceptor local presente durante os estágios.

O estágio em saúde da família da IES do estudo apresenta como características positivas de ocorrer em unidades de saúde da família ou unidades básicas de saúde bem estruturadas e organizadas, com preceptores presentes durante o tempo todo do estágio, preceptores estes em sua maioria com formação e titulação em Medicina de Família e Comunidade, com bom vínculo com a equipe e os usuários do serviço, o que passa inconscientemente uma ideia positiva aos estudantes e no caso, aos participantes da pesquisa, da IES do estudo.

As respostas à pergunta Dois geraram duas categorias para interpretação, sendo a categoria A caracterizada pela ideia central de “Não teve contato”, resposta dada por dez participantes (71,42%, seis do sexo masculino, quatro do feminino), e a categoria B, com ideia central de “Teve contato”, por quatro participantes (três masculinos, um feminino), correspondendo a 28,58% das respostas.

Seguindo a análise das respostas, observamos que as respostas à pergunta dois ficaram divididas em duas categorias, sendo a categoria A “não teve contato”, B “teve contato”, criando duas categorias bem diferentes de respostas.

No início da metodologia do estudo, devido à discussão do texto de Berbel (1998) para apresentar a problematização aos participantes, o pesquisador acredita que possa ter passado a errônea impressão da existência de apenas dois tipos de metodologias ativas (problematização e aprendizagem baseada em problemas), o que talvez tenha interferido indiretamente nas respostas a pergunta Dois.

Podemos observar isso principalmente pelas ideias centrais da categoria A, o que vai ao contrário dos trabalhos apresentados por Léa da Graças Camargos Anastasiou e Leonir Pessate Alves em “Estratégias de Ensinação” (ANASTASIOU e ALVES, 2004), e Neusi Aparecida Navas Berbel em “As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes” de 2011 (BERBEL, 2011), os quais sugerem vários tipos de metodologias de ensino, dentre elas várias metodologias ativas como a simulação, estudo de caso, problematização entre outras.

Acredita-se que os participantes que responderam não ter tido contato com metodologias ativas (MA) (71,42%) realmente não o tiveram, pois a metodologia de ensino que predomina no curso de medicina da IES em que o estudo foi aplicado é a tradicional, com aulas expositivas, algumas vezes dialogadas, o que pode ser um fator de confusão para as respostas.

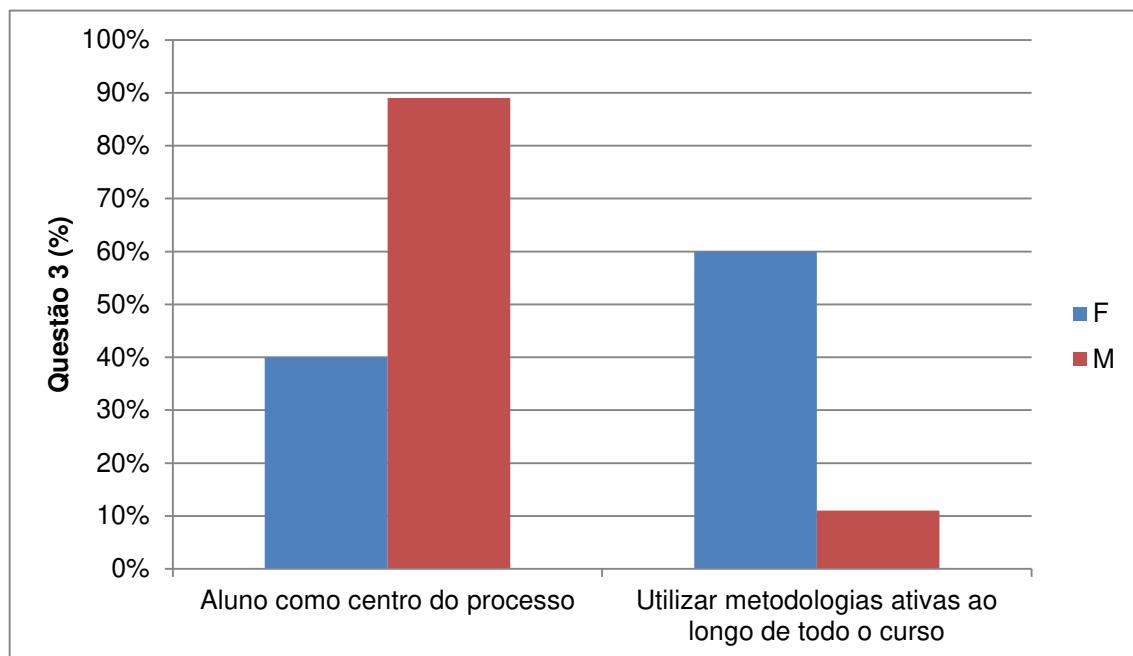
Nas entrevistas, com relação aos exemplos que os participantes deram que acham ter sido semelhante a uma MA que tiveram durante o curso, pouco se assemelham as diversas metodologias ativas existentes e estudadas pelo pesquisador para compor a revisão bibliográfica sobre o tema para esse estudo, talvez se assemelhem a metodologia de estudo de caso, como podemos observar no discurso de um dos entrevistados: “*Eu acho que o que mais assemelhou foi quando [...] até o*

*terceiro, seminários assim [...] o professor falava qual era o assunto que a gente ia discutir [...] era pra estudar pra gente discutir né, um grupo apresentava e a gente discutia. Algumas vezes dava certo né [...].*

Os outros quatro participantes que relataram ter tido contato com MA, tiveram esse contato em outras IES que estudaram nos primeiros semestres da graduação antes de solicitarem transferência para a IES do estudo.

Para a pergunta Três (Qual a sua percepção sobre o uso da problematização no internato de Saúde Pública/Saúde Coletiva?), obteve-se após análise das entrevistas duas categorias, sendo a categoria A com a ideia central de “Aluno como centro do processo” tendo sido observada nos discursos de 10 dos participantes, perfazendo uma porcentagem de 71,43%, sendo oito do sexo masculino e dois do feminino. Na categoria B, com a ideia central de “Utilizar metodologias ativas ao longo de todo o curso”, teve quatro respostas (28,57%), sendo três do sexo feminino e um masculino. Abaixo observamos o Gráfico 1 correspondente.

Gráfico 1 – Frequência relativa percentual das categorias de resposta de homens (M) e mulheres (F) para a questão 3.



Fonte: Dados da pesquisa

As respostas à terceira pergunta da entrevista mostra que um dos objetivos intrínsecos da aplicação de uma metodologia ativa nos seminários do internato foi alcançado, que seria demonstrar a importância de socializar o centro do processo de ensino-aprendizagem com o participante, como pode-se observar na ideia central da categoria A e no discurso do sujeito coletivo elaborado, corroborando com os trabalhos de Dalla et al, 2015), Covizzi (COVIZZI et al, 2012) e

outros.

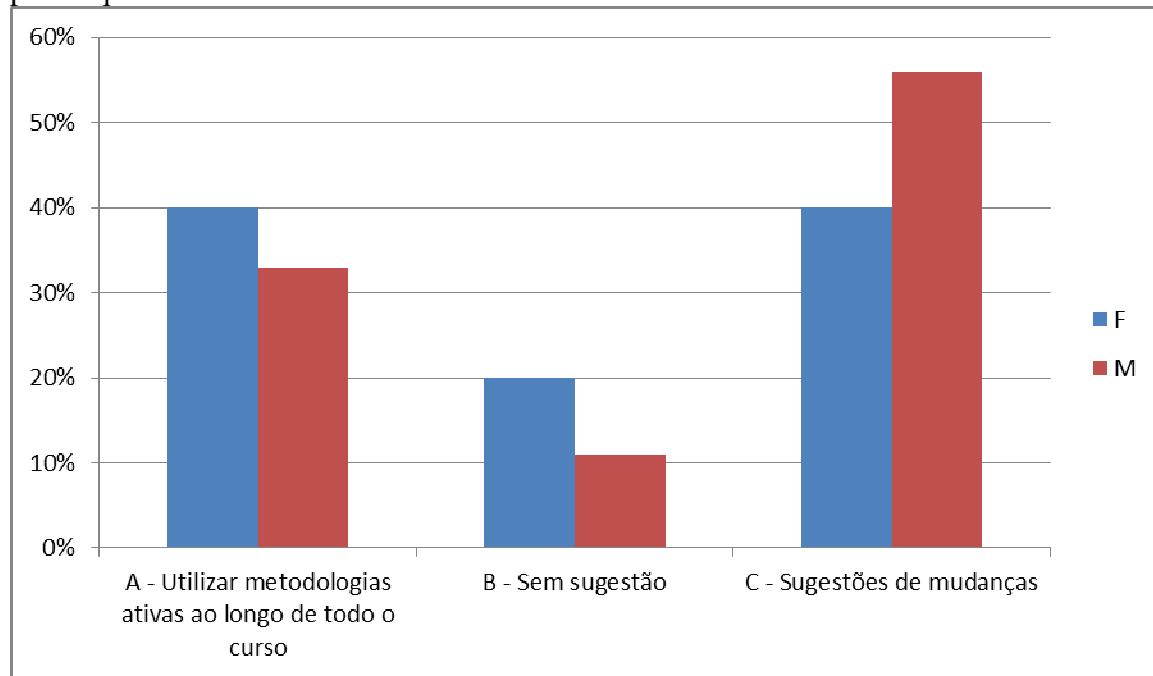
Observa-se também que a metodologia da problematização foi bem aceita pelos participantes, por ser uma metodologia nova para a maioria, tirar os mesmos da passividade e demonstrar a importância da socialização do processo ensino aprendizagem e da construção do próprio conhecimento por parte dos participantes através das pesquisas e discussões realizadas, dessa maneira, configurando uma metodologia de grande potencial a ser aplicada dentro do internato em saúde pública da IES do estudo por ter sido bem aceita.

Na categoria B de resposta a questão Três, observa-se uma crítica dos participantes à metodologia aplicada, que, apesar de reconhecerem a importância e aplicabilidade da mesma, acham que teria sido melhor iniciá-la desde os primeiros anos da faculdade, para que no internato estejam mais maduros e com maior experiência com metodologias ativas de ensino aprendizagem para melhor aproveitá-las e, quem sabe, intercalá-las com outras metodologias.

O uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem na graduação médica tem-se mostrado superior a tradicional nos quesitos de maior ganho de habilidades como trabalho em equipe, habilidades práticas, conceitos éticos, humanização do atendimento e do trabalho entre outros, porém com relação ao desempenho acadêmico em provas de residência e exames de licença médica entre outras, não obteve diferença estatística relevante sobre uma metodologia em relação a outra, como podemos observar em vários estudos como de Gomes (GOMES et al., 2009), Gurpinar (GURPINAR et al., 2005) e Schmidt (SCHMIDT et al., 1987).

Na pergunta Quatro (Após a experiência com o uso da problematização como metodologia ativa no internato, você teria alguma sugestão de mudança ou melhoria na metodologia aplicada?), obteve-se três categorias, sendo a categoria A com a ideia central de “Utilizar metodologias ativas ao longo de todo o curso” presente em cinco das 14 entrevistas (35,71%, sendo três do sexo masculino e dois do feminino). Na categoria B com IC “Sem sugestão”, esta esteve presente em duas das entrevistas (14,29%), sendo uma masculina e uma feminina. Por último, na categoria C, com IC “Sugestões de mudança”, esta esteve presente em sete respostas à pergunta quatro (50%), composta por cinco do sexo masculino e dois do feminino, conforme gráfico 2 abaixo.

Gráfico 2 - Frequência relativa percentual das categorias de resposta de homens (M) e mulheres (F) para a questão 4.



Fonte: Dados da pesquisa

A última questão da entrevista semi-estruturada refere-se à opinião do participante sobre sugestão de mudança ou melhoria na metodologia aplicada no estudo, visando responder um dos objetivos propostos no trabalho. Observa-se que as repostas foram divididas em três categorias, sendo a categoria A compartilhar o pensamento de alguns alunos referente à resposta da categoria B da pergunta três, em que referiram que o uso das metodologias ativas ao longo de todo o curso de medicina seria mais interessante, objetivando maior experiência e prática com a mesma para melhorar o aprendizado.

Sobre a categoria B dessa pergunta, apenas dois dos participantes não sugeriram melhora ou mudança na metodologia aplicada, muito relacionada a acreditar que por não terem tido contato com outras metodologias ativas de ensino aprendizagem, não poderiam fazer sugestões. Apesar de ter sido explicado pelo pesquisador à liberdade a resposta por parte dos alunos, a qual não acarretaria em alteração de nota ou conceito no internato, opinaram apenas não ter sugestão.

Por último, a sugestão às mudanças e melhorias na metodologia aplicada presente na categoria C da quarta questão terminam de responder a um dos objetivos do trabalho, que seria identificar por meio da percepção dos participantes como o uso da metodologia ativa foi aceita perante estes (observada na resposta a questão três) e suas opiniões em relação ao método de ensino e aprendizagem utilizado, e enfatizam a necessidade do processo de ensino aprendizagem ser contínuo, e que, mesmo com o término das atividades de problematização de acordo com a

metodologia do trabalho, não significa um ponto final ao mesmo.

Conforme era a disponibilidade das aulas dos participantes durante o internato em saúde pública e o momento único semanal em que o pesquisador estaria presente com todos os alunos pertencentes ao estágio, como foi explicado na metodologia do trabalho, foi optado pela metodologia aplicada semanalmente, com intervalo dos encontros a cada sete dias.

Como observa-se no texto “A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?” de Berbel (1998), a metodologia da problematização pode ser utilizada sempre que oportuno, diferentemente de algumas outras metodologias, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) que passa a nortear toda uma organização curricular.

Dessa forma, foi optado pela metodologia da problematização com intervalos semanais para que os participantes tivessem tempo de realizar a etapa da teorização e após retornassem para discussão e término do arco de Maguerez.

A falta de avaliação do processo, durante o projeto por parte do pesquisador, foi uma opção metodológica deste, justamente para deixar os alunos à vontade durante a metodologia aplicada e para caracterizar que a participação desses fosse voluntária e livre, objetivando com que esses, ao final do processo, criassem consciência de que o conhecimento deveria ser buscado por esses livremente, sem imposições ou implicações se o mesmo não ocorresse.

A socialização do centro do processo de ensino aprendizagem, do professor com o aluno, consiste em uma das características básicas das metodologias ativas de ensino aprendizagem.

Obviamente, pelo participante estar acostumado às avaliações durante o processo de ensino, alguns sentiram falta das mesmas, sendo um dos pontos de sugestão de mudança/melhoria.

Certamente as avaliações fazem e devem fazer parte do processo de ensino aprendizagem do estudante, pois estas ajudam no crescimento do aluno e servem como instrumento de aprendizagem.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O uso de metodologias tradicionais de ensino em saúde, deixam a desejar como caminho para a formação de um egresso de acordo com as diretrizes nacionais e do profissional que se espera para atuar junto as necessidades de saúde da população. Dessa maneira pergunta-se: o uso de metodologias ativas de ensino em saúde, como a problematização, apresentam-se como caminho para a formação do egresso de acordo com as diretrizes nacionais e do profissional que se espera para atuar junto às necessidades de saúde da população?

A mudança curricular e da mentalidade encontra diversas barreiras entre os professores,

discentes e instituições de ensino superior, configurando a maior dificuldade para a implementação das mesmas.

Entende-se, com base nos estudos e revisão baseados na literatura para esse trabalho, que, o uso das metodologias ativas de ensino aprendizagem como a problematização e a aprendizagem baseada em problemas, nos currículos de graduação em medicina, ajudam a nortear o ensino em saúde para formar profissionais mais humanos, éticos, críticos e reflexivos, respondendo a questão levantada.

A problematização, metodologia escolhida pelo pesquisador, é uma proposta metodológica que pode ser utilizada sempre que oportuno, podendo ser utilizada para o ensino de determinados temas de uma disciplina como aplicada no planejamento curricular de um curso, não necessariamente necessitando de uma mudança profunda curricular no curso ou na Instituição de Ensino como outras metodologias, como a Aprendizagem Baseada em Problemas.

Pode-se observar, que a atualização das diretrizes curriculares para o curso de medicina, que estimulam o uso de práticas de ensino ativas, para que formem profissionais diferenciados como foi relatado durante o trabalho, estimulam a mudança curricular dentro das escolas médicas, mesmo que essa seja por imposição ou fiscalização por parte do Ministério da Educação, o que faz com que aos poucos, mude-se o olhar para a educação em saúde e a sua relação com a população e o serviço.

Com base nos estudos realizados para compor esse trabalho e nos seus resultados, pode-se observar que o uso da metodologia ativa foi bem aceito pelos participantes do estudo e que o uso das mesmas nos cursos de graduação em medicina, pode servir como alternativa para a implementação das diretrizes curriculares nacionais sobre a formação médica.

As sugestões às mudanças e melhorias na metodologia aplicada respondem a um dos objetivos do trabalho e suas opiniões em relação ao método de ensino e aprendizagem utilizado, e enfatizam a necessidade do processo de ensino aprendizagem ser contínuo, e que, mesmo com o término das atividades de problematização de acordo com a metodologia do trabalho, não signifique um ponto final ao mesmo.

A inserção no internato de saúde pública de metodologias ativas de ensino aprendizagem, como a problematização, por ser uma metodologia nova para a maioria, tirar os mesmos da passividade e demonstrar a importância da socialização do processo ensino aprendizagem e da construção do próprio conhecimento por parte dos participantes através das pesquisas e discussões realizadas, dessa maneira, configura uma metodologia de grande potencial a ser aplicada dentro do internato em saúde pública da IES do estudo por ter sido bem aceita.

Este trabalho não objetiva colocar um ponto final a discussão e inserção de metodologias ativas dentro da IES, sendo que, acredita-se que novos trabalhos voltados para essa perspectiva

poderão ajudar a sensibilizar outros docentes a uma mudança curricular e de atitude frente aos seus alunos e a instituição de ensino.

## **REFERÊNCIAS**

- ABREU, J. R. P. **Contexto atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas: Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Porto Alegre, BR-RS, 2009.
- ANASTASIOU, L. G. C; ALVES, L. P. **Estratégias de Ensinação,** 2004. Acessado em: 20/02/2018. Disponível em: [files.tecnicoembiblioteca.webnode.com/200000018.../Anastasiou %20 Estrategias.pdf](http://files.tecnicoembiblioteca.webnode.com/200000018.../Anastasiou %20 Estrategias.pdf).
- ANDERSON, M. I. P. et al. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Rev Bras Med Fam.** v.3, n. 11, out/dez 2007.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, p. 139–154, 1998.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25–40, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES Nº 3**, Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES/MEC Nº 4**, Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
- CHIARELLA, T. et al. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino Aprendizagem na Educação Médica. **Rev. bras. educ. Méd**, v. 3, p. 418-425, 2015.
- COLOMBO, A.A. A Metodologia da Problematização com o Arco de Marguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: **Ciências Sociais e Humanas**, v. 28, n. 2, p. 121–146, 2007.
- CYRINO, E.G; TORALLES-PEREIRA, M.L. Estratégias de Ensino Aprendizagem por descoberta na Área da Saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.
- COSTA, J. R. B. et al. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes. **Rev Bras Med Fam** v. 36, n3, p. 387 – 400; 2012.
- COVIZZI, U. D. S.; LOPES DE ANDRADE, P. F. Estratégia para o ensino do metabolismo dos carboidratos para o curso de farmácia, utilizando metodologia ativa de ensino. **Revista Brasileira de Ensino de Bioquímica e Biologia Molecular**. N 01/2012 Artigo B.

DALLA, M. D. B; MOURA, G. A. G; BERGAMASCHI, M. S. Metodologias ativas: um relato de experiência de estudantes de graduação em medicina na Universidade Vila Velha na disciplina de Interação Comunitária. **Rev Bras Med Fam.** v. 10, n. 34, p. 1-6, 2015. Acessado em: 20/03/2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)647](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)647).

DEMARZO, M. M. P. et al. Internato Longitudinal. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 34, n. 3, p. 430-437, 2010.

FEUERWERKER, L C M. O movimento mundial de educação médica: as conferências de Edinburgh. **Cad ABEM**. v. 2, p. 30-38, 2006.

FERREIRA, R.C; TSUJI, H.; TONHOM, S.F.R. Aprendizagem Baseada em Problemas no Internato: Há Continuidade do Processo de Ensino e Aprendizagem Ativo?. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 39, n. 2, p. 276-285, 2015.

GOMES, R. et al. Aprendizagem Baseada em Problemas e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 33, n. 3, p. 444-451, 2009.

GOMES, M. P. et al. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde: avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação** (Bauru), 2010.

GURPINAR, E. et al. Comparison of knowledge scores of medical students in problem-based learning and traditional curriculum on public health topics. **BMC Medical Education**, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs; 2003

MAIA, J. A. Problem solving in medical undergraduate curricula. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 38, n. 4, p. 566–574, 2014.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

NUTO, S. A. S. et al. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 89-96, 2006.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Rev. bras. educ. Méd.**, v. 32, n. 4, p. 492–499; 2008.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

RIBEIRO, V. M. B. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF, 2011.

SCHMIDT, H. G.; et al. Comparing the effects of Problem-Based and Conventional Curricula in an international sample. **Journal of Medical Education**, v. 62, p. 305-315, 1987.

TSUJI, H.; ZANOLLI, M. B coordenadores. Faculdade de Medicina de Marília. **Manual do Internato**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2003.

ZANOLLI, M.B. et al. “Internato Médico” - Diretrizes Nacionais da Abem para o internato no curso de graduação em medicina. **Projetos ABEM – Diretrizes Curriculares**, cap 4, 2012.