

Andréa Reni Mendes Mardock
Tânia Suely Azevedo Brasileiro



**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO
NA FORMAÇÃO MÉDICA NA
AMAZÔNIA PARAENSE**





CONSELHO EDITORIAL

Profa. Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão – UEPA
Profa. Dra. Franciane de Paula Fernandes – UEPA
Prof. Dr. Guillermo Arias Beatón – UH, Cuba
Profa. Dra. Ilma Passos de Alencastro Veiga – UnB
Profa. Dra. Joana D’arc do Nascimento Neves – UFPA
Profa. Dra. Laura Marisa Carnielo Calejon – UNISUL
Profa. Dra. Leoneide Érica Maduro Bouillet – UEPA
Prof. Dr. Romualdo Xavier de Oliveria Lima – UFOPA

Andréa Reni Mendes Mardock
Tânia Suely Azevedo Brasileiro

**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO
NA FORMAÇÃO MÉDICA NA
AMAZÔNIA PARAENSE**

1ª edição

Brasília-DF, 2021

 **Rosivan**
Diagramação & Artes Gráficas

© Andréa Reni Mendes Mardock e Tania Suely Azevedo Brasileiro, 2021.

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação
Rosivan Diagramação & Artes Gráficas

Catálogo da Publicação na Fonte.

Mardock, Andréa Reni Mendes.

Política de humanização na formação médica na Amazônia paraense [recurso eletrônico] / Andréa Reni Mendes Mardock e Tania Suely Azevedo Brasileiro. – Brasília: Rosivan Diagramação & Artes Gráficas, 2021.

1 PDF.

ISBN 978-65-80423-12-5

1. Educação – Saúde – Pará. 2. SUS. 3. Formação médica. 4. Política de humanização. 5. GIESC. 6. Amazônia. I. Brasileiro, Tania Suely Azevedo. II. Título.

CDU 37:614(81.5)

M322p

Elaborada por Verônica Pinheiro da Silva CRB-15/692.

Publicação viabilizada pela Universidade Federal do Oeste do Pará – Programa de Pós-graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida – PPGSAQ/UFOPA, Grupo de Estudos e Pesquisa PRAXIS UFOPA.

O conteúdo deste livro é de exclusiva responsabilidade das autoras.

“A importância do GIESC no curso consegue suprir a necessidade do aluno em estar, em ser e vivenciar a medicina, é lá que ele consegue contato com o paciente, lá ele vivencia como é ser médico”.

Prof^a. Lene Safira (2017)

Dedicamos este momento de grande alegria que materializa a resultante de nossos sonhos, acalentados e nutridos por pessoas especiais que, como nós acreditam que somos a matéria prima desta infinita construção de indescritível beleza, que se chama de o grande espetáculo da vida.

A Deus por seu amor e cuidado conosco.

Aos nossos esposos.

Aos nossos filhos, que são heranças do Senhor.

Aos Discentes, Docentes e Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), que foram as pessoas valiosos para esse estudo.

SUMÁRIO

9	APRESENTAÇÃO
18	CAPÍTULO 1
	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E LEGAL
19	1.1 A saúde como um bem público e global
24	1.2 Formação Médica
45	1.3 Sistema Único de Saúde (SUS)
51	1.3.1 Política de humanização no SUS
58	CAPÍTULO 2
	METODOLOGIA DO ESTUDO
58	2.1 Abordagem e tipo de estudo
60	2.2 <i>Locus</i> e delimitação do estudo
70	2.3 Participantes do estudo
79	2.4 Fases e momentos da pesquisa
83	2.5 Instrumentos e dimensões do estudo
85	2.6 Análise de dados
87	2.7 Aspectos éticos
89	CAPÍTULO 3
89	OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DO CURSO DE MEDICINA
	ESTUDADO E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS
90	3.1 Projetos pedagógicos do curso estudado
96	3.1.1 Os módulos e estrutura curricular do curso estudado
105	3.1.2 O acadêmico em atendimento na atenção primária
108	3.2 Competências e habilidades na formação médica
119	3.3 Percepção dos participantes do estudo quanto ao perfil profissional em medicina

132	CAPÍTULO 4
	A PRÁTICA HUMANIZADA NA FORMAÇÃO MÉDICA DA IES ESTUDADA
133	4.1 A percepção da política de humanização do SUS e a formação médica no curso estudado
137	4.2 Os encontros colaborativos com a coordenação e docentes do curso estudado
145	4.3 Percepção quanto a organização dos módulos estudados
162	4.4 Percepção quanto ao processo avaliativo nos módulos estudados
172	4.5 Metodologias de ensino aprendizagem no curso estudado
174	4.5.1 Metodologias ativas
183	4.5.2 Metodologias ativas no GIESC/INC
194	4.6 Sugestões de políticas de humanização no processo ensino aprendizagem
199	CONSIDERAÇÕES FINAIS
205	REFERÊNCIAS
222	APÊNDICES
241	ANEXOS
247	SOBRE AS AUTORAS

APRESENTAÇÃO

As discussões em torno da Política Nacional de Humanização (PNH) na formação médica têm sido marcadas pela busca de melhorias na qualidade do ensino e aprendizagem dos futuros médicos que estarão em contato com pacientes para solucionarem problemas relacionados ao processo saúde-doença. No entanto, os termos utilizados para conceituar Política de humanização vem contribuir para reorganizar o sistema a partir da sua consolidação, e visa assegurar a atenção integral à população como estratégia de ampliação do direito e cidadania das pessoas.

Formulada e lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, apresentada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2004, a PNH protagoniza propostas de mudança dos modelos de gestão e de atenção no cotidiano dos serviços de saúde, e devem estar condizentes com as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Concernente ao processo da formação médica, embora a concepção flexneriana¹ (CIUFFO; RIBEIRO, 2008) ainda seja hegemônica na formação médica, tende-se à busca da integralidade no cuidado, baseada no conceito ampliado de saúde, surgindo como consequências as reformulações curriculares no ensino e iniciativas de mudanças nas políticas públicas desse campo. Tais iniciativas apontam, de certa forma, um abalo na hegemonia dessa concepção, mesmo não sendo convertidas, ainda, em inovações significativas nas práticas em saúde. Afinal, integrar o que há tempos se encontra fragmentado não é tarefa das mais simples.

¹ As recomendações do relatório de Flexner (1910), que avaliou as escolas médicas americanas por encomenda do governo, influenciam até hoje os currículos de Medicina e têm, entre outras características, a ênfase na formação de especialistas, o que tem significado a exclusão dos fatores sociais, psicológicos, emocionais, entre outros, na compreensão do processo de adoecimento. Neste artigo, também utiliza-se a expressão “paradigma flexneriano”, conforme Mendes (1999).

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde torna-se “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Vem atender as necessidades individuais e coletivas de interesse público, colocando o atendimento à saúde como responsabilidade e dever do Estado, o que vem descrito no artigo 197, pois esta é direito público subjetivo:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado².

Para atender a esse preceito constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) do país foi criado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), no artigo 198 e incisos, pressupondo acesso gratuito a todos os cidadãos, bem como as diretrizes nas quais os governos federal, estadual e municipal devem pautar-se para que seja oferecido um serviço de qualidade.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade³.

Ou seja, o SUS é uma formulação política e organizacional que propõe o reordenamento da gestão do serviço de saúde no Brasil, vislumbrando a sistematização e unificação das ações de saúde em todo o território nacional,

² BRASIL, 1988, p.73.

³ Ibid., p. 73.

objetivando a melhoria da saúde oferecida e disponibilizada à população. Estas ações ficam evidenciadas através das competências e atribuições do SUS, presentes no artigo 200 e incisos adjacentes da CF/88:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; **III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;** IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho⁴(negrito nosso).

Dentre as várias competências, tem especial destaque o inciso III, que faz menção da precisão de profissionais que tenham formação específica para atuar na área da saúde. Esta é uma discussão que não se esgota na CF/88, mas se alarga para a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual apresenta os desafios para a promoção dos serviços de saúde, objetivando garantir às pessoas e à sociedade condições de conforto físico, mental e social.

Neste contexto, o profissional da área da saúde deverá contemplar em sua atuação o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe (Resolução CES/CNE nº.02, 03/2001 e nº 03/2002).

⁴ Ibid., p.74.

Assim, a identificação das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, ou as necessidades da gestão, serão indicadores do aprendizado, e devem ser considerados e respeitados em função do cuidado às pessoas e coletividades, ou do apoio à gestão da saúde do município.

Nesse sentido, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS aponta caminhos que possibilitam o fortalecimento do diálogo com as instituições formadoras, a implantação dos Pólos de Educação Permanente (BRASIL, 2004a), iniciativa que busca maior interlocução entre gestores, serviços, profissionais, usuários, alunos e professores, integrando saúde e educação. Pensar a formação profissional em saúde com base em conceito de competência e integralidade é operar uma profunda transformação na maneira de conceber o sujeito da aprendizagem e o mundo do trabalho.

Diante dos impasses éticos, políticos, financeiros e de organização do sistema de saúde presente no cenário brasileiro, impõe-se o debate sobre a humanização e o questionamento do modelo tecnoassistencial e a qualidade da atenção à saúde no que tange à disponibilização de tecnologias, recursos e saberes aos sujeitos e às populações visando mitigar seu sofrimento (DESLANDES; AYRES, 2005). Neste sentido, apostar na humanização da atenção e gestão do SUS retoma a agenda da reforma sanitária ao chamar a atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde, desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no seu cotidiano.

Para Garcia *et al.* (2010), humanizar não é só investir nas melhorias de condições de trabalho dos profissionais envolvidos na área, mas também gerar qualidade de vida digna de seus usuários, da comunidade e, por conseguinte, desses profissionais. Nesse sentido, Silva *et al.* (2015, p. 2) dizem que:

Humanizar o atendimento em saúde é enaltecer o desejável comportamento ético e o arsenal técnico-científico, com os cuidados dirigidos às necessidades existenciais dos pacientes. Humanizar é também investir em melhorias nas condições de trabalho dos

profissionais da área, é alcançar benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

Nesse sentido, Nora (2013) diz que o conhecimento de todas as ações de saúde devem ser orientadas pelo princípio da humanização do serviço, desde a recepção e acolhimento até a limpeza e conforto dos espaços dos serviços de saúde. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja: atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo; para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social (BRASIL, 2004).

Assim, a contribuição do estudo se dá numa perspectiva teórico-científica e social. No que tange a relevância teórico-científica, através do estudo propor discussão e reflexão, como formador crítico para se pensar nas PNH voltadas para a formação médica. Em busca dessa consciência crítica, a universidade deve primar pelo comprometimento com a transmissão e construção do saber, com a pesquisa e a extensão, com inovações, com o ensino e formação profissional que contemple conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à atuação do profissional mais humanizado, desempenhando e ampliando o seu compromisso social, socializando para a comunidade acadêmica informações que possam gerar novos estudos.

No que tange ao âmbito social, a inquietude de um estudo acerca das Políticas de Humanização no SUS e a formação médica, na linha de pesquisa Políticas Públicas, Diversidade Cultural e Desenvolvimento Amazônico⁵, possibilitam aos atores envolvidos (coordenadora, docentes e discentes do curso de medicina da UEPA Campus XII – Santarém) refletirem sua forma de perceber, agir e avaliar o processo formativo humanizado do futuro profissional, colaborando com visão ampliada e comprometida com a coletividade.

⁵ Do Programa de Pós-Graduação na área interdisciplinar - Mestrado Acadêmico em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida (PPGSAQ) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA).

Nesse sentido, formar para humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca como estratégia prioritária para tais fins, cooperando efetivamente para uma atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo; a valorização dos trabalhadores e o avanço da democratização da gestão e o controle social (BRASIL, 2004).

Dessa forma, o curso de Medicina ofertado por uma instituição pública estadual, na região Oeste do Pará, demanda de uma parceria entre a Universidade e o SUS, a qual foi constituída por uma Rede-Escola de Cuidados à Saúde (UEPA, 2015). Essa rede foi formada pela inserção integrada do ensino, da pesquisa e da extensão/assistência nas unidades de atenção primária, com intuito de formar profissionais de saúde a partir da proposta de educação médica dessa universidade: desenvolver pesquisas aplicadas à necessidade da gestão local, do cuidado individual e coletivo na saúde; qualificar a rede assistencial e seus recursos humanos; apoiar a gestão local do SUS e propor a implementação de melhorias ao sistema de saúde.

Assim, na rede de cuidados progressivos de saúde do Estado do Pará o conhecimento e a experiência vivenciados pelo aluno desde a sua chegada ao serviço na Atenção Primária permitem a inserção profissional ao futuro médico, habilitando-o a reconhecer a determinação social do processo saúde-doença, no enfoque do cuidado, as necessidades, fluxos e o papel do serviço para a promoção, prevenção e manutenção da saúde da comunidade.

Pensando de forma inclusiva, a UEPA propôs os Módulos: Gestão, Interação Ensino Serviço e Comunidade (GIESC)⁶ e Interação Comunitária (INC)⁷ no curso de Medicina do Campus XII – Santarém, com suas atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assumindo “[...]aliar a

⁶ GIESC - proporciona aos discentes conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática profissional na estratégia saúde da família, estando mais próximos a prática do médico, inseridos na Diversidade Cultural da comunidade, que desenvolve metodologias de ensino-aprendizagem centradas no discente (UEPA, 2015).

⁷ INC - permite ao estudante trabalhar com membros da comunidade, não restringindo-se à temática médica estrita, mas estendendo-se em outros setores relacionados aos problemas de saúde existentes ou potenciais identificados. Os estudantes conduzirão, em equipes, com a supervisão do Docente/Médico, pesquisas na comunidade, experiências em vigilância à saúde, análise e solução de problemas, bem como desenvolvimento de habilidades clínicas relacionadas aos cuidados de saúde individual e da comunidade (UEPA, 2005)

formação e a prática profissional, incorporando práticas do sistema de saúde, assim como características e especificidades das comunidades nas quais esses futuros profissionais vão se inserir” (UEPA, 2015, p. 24).

Com o único curso de Medicina na região Oeste do Pará, mesmo com 11 anos de funcionamento, a UEPA formou aproximadamente 189⁸ médicos, quantitativo que não supre o *déficit* de atendimento à população local. Desta inquietude, emergiu a problemática do estudo de mestrado defendido por Mardock (2018) e que subsidia a proposta apresentada neste livro: Como se manifesta a presença da Política de Humanização do SUS, a partir do módulo GIESC, na formação do futuro médico da UEPA-Campus XII-Santarém? Dela surgiram como questões norteadoras: Qual a compreensão do processo de Humanização no Sistema Único de Saúde a partir da percepção de coordenadora, docentes e discentes do curso estudado? Qual o perfil profissional do graduado em medicina da UEPA com relação à Política de Humanização do SUS? Que alterações houveram quanto ao objeto estudado, analisando o PPC⁹-2015 em relação ao PPP¹⁰-2005 do curso de medicina UEPA? e Quais as contribuições da prática humanizada na formação do futuro médico da UEPA a partir da mudança do Módulo INC para o Módulo GIESC?

Outrossim, traçou-se como objetivo geral analisar como se manifesta a presença da Política de Humanização do SUS, a partir do módulo GIESC, na formação do futuro médico da UEPA Campus Santarém. Para atingi-lo, assumiu-se os seguintes objetivos específicos: a) compreender o processo de Humanização no Sistema Único de Saúde a partir da percepção de coordenadora, docentes e discentes do curso estudado; b) traçar o perfil profissional do graduado em medicina da UEPA com relação à Política de Humanização do SUS; c) mapear as alterações quanto ao objeto estudado, analisando o PPC-2015 em relação ao PPP-2005 do curso de medicina UEPA; e d) identificar as contribuições da prática humanizada na formação do futuro médico da UEPA a partir da mudança do Módulo INC para o Módulo GIESC.

⁸ CRCA/UEPA, Campus XII - Santarém. Situação dos egressos do Curso de Medicina em dezembro/2017.

⁹ Projeto Pedagógico do Curso (PPC).

¹⁰ Projeto Político Pedagógico (PPP).

Assim, o interesse das autoras diante da temática Política de Humanização do SUS na formação médica no interior da Amazônia mostra que é possível sim a efetivação desta política através de planejamento e engajamento dos envolvidos. No processo ensino-aprendizagem a Educação na Saúde é essencial para a edificação de um SUS para todos, com um atendimento humanizado e de qualidade.

Subsidia-se a reflexão dos dados do estudo fundamentando-se em autores e documentos legais que discutem a dinâmica e as características do SUS, da Política Nacional de Humanização (PNH) e seus reflexos na formação em medicina Gonçalves (2011), Brasil (1988 e 2002); Humanização para o futuro médico: Santos Filho (2007), Garcia *et al.* (2010) e Cotta *et al.* (2013); Formação em medicina: Sales (2016), DCNs (2001 e 2014), Projetos Pedagógicos do curso de medicina da UEPA (2005 e 2015), dentre outros.

Ao transformar este estudo em livro buscou-se estruturá-lo em quatro capítulos, além desta Apresentação e das Considerações Finais. No primeiro capítulo apresenta-se o referencial teórico, priorizando as seguintes temáticas: Saúde como bem público e global, Formação Médica, Sistema Único de Saúde e a Política de Humanização no SUS.

No segundo capítulo encontram-se os procedimentos metodológicos do estudo, dando ênfase a abordagem e o tipo de estudo, o *locus* e delimitação do estudo, participantes do estudo, as fases e momentos da pesquisa, os instrumentos e as dimensões do estudo, além da análise dos dados e os aspectos éticos.

No terceiro capítulo discute-se os resultados da pesquisa a partir da análise documental dos Projetos Pedagógicos do Curso (PPP-2005, que remete-se ao INC, e do PPC-2015, levando ao GIESC e Humanidades Médicas (HM)).

No quarto capítulo apresenta-se a percepção da coordenadora, docentes dos módulos INC e GIESC e discentes do curso estudado, bem

como os encontros colaborativos com a coordenadora e docentes do referido curso, revelando-se como tem se manifestado as políticas de humanização no processo formativo do futuro médico, resultados ilustrados por gráficos, quadros e figuras.

Busca-se responder aos objetivos do estudo nas considerações finais, bem como propor recomendações com o intento de colaborar com o melhoramento e eficácia da Política de Humanização na formação médica, a partir do estudo empírico desenvolvido no curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E LEGAL

Esse capítulo está composto por três seções. Na primeira, dá-se ênfase a historicidade que sustenta a base teórica do estudo, iniciando-se com a saúde como um bem público e global; fez-se um breve contexto da vigilância das doenças infecciosas, a influência da globalização na saúde e os avanços em seu conhecimento; aborda-se também o controle das novas ameaças, buscando apresentar as políticas de saúde pública: equidade, mercados e oportunidades e finaliza-se com a Organização Mundial de Saúde (OMS) exercendo liderança mundial na saúde.

Na segunda seção destaca-se a formação médica, com um resgate das escolas médicas no Brasil, seguido de novas instalações por estado brasileiro, com destaque para as escolas médicas do Pará. Apresenta-se uma síntese da demografia médica no Brasil, ilustrando a distribuição de médicos segundo unidades da federação e grandes regiões.

Destarte, a terceira seção faz-se referência ao SUS, evidenciando-se o panorama histórico: os marcos para a constituição do SUS, sua criação como marco importante na história da saúde brasileira, assim como a legislação pertinente, corroborada pela fundamentação teórica para a discussão da Política de Humanização do SUS, criada em 2003 para atender as diretrizes do SUS, propondo mudanças na atenção básica e gestão do sistema, com enfrentamento e superação de desafios no cuidado em saúde no país, e suas contribuições para a formação médica.

1.1 A saúde como um bem público e global¹¹

A história apresenta que a vigilância das doenças infecciosas é um bem público global (MCNEILL, 1976, p. 331). Com a 1ª epidemia transnacional registrada: a peste Atenense de 430 a.C.; a Peste Negra europeia em 1347; a Cólera na América Latina em 1990, associada ao comércio internacional; a Poluição do ar no Sudeste Asiático em 1997; o Sarampo e a Varíola, devastaram os nativos norte-americanos levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a Regulamentação Internacional de Saúde em 1969, com a cooperação entre Estados no controle para a proteção das principais doenças infecciosas no mundo.

A influência da globalização na saúde, no tempo e espaço, está afetando a economia, a política, a cultura e as ideias mundiais, tendo como desafio central a equidade na saúde global e a exclusão social, porém, os atores institucionais podem desenvolver mecanismos mais eficazes de cooperação internacional para a proteção da saúde das populações.

A tipologia da doença é tripartida – doenças contagiosas, não contagiosas e causadas por ferimentos. As doenças contagiosas, vinculadas a pobreza em mulheres e crianças (infecções, desnutrição e danos à saúde), não contagiosas, vinculadas ao estilo de vida, pessoas de meia idade e idosos (cardiovascular, câncer, diabetes e o derrame), e causadas por ferimentos. Devem ser acrescentadas aos dois grupos, em países ricos ou pobres, sendo que a predominância na linha divisória Pública, doenças transmissíveis, e Privado, doenças não transmissíveis e ferimentos.

Com o avanço de conhecimentos sobre saúde, a globalização vem turvando a divisão tradicional entre público e privado, dada a ameaça à saúde, infecções emergentes, novas ameaças ambientais e patologias comportamentais decorrentes da globalização. Com a difusão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), 29 novas bactérias ou vírus foram identificados, capazes de

¹¹ A discussão deste tópico tomou como base o estudo de Lincoln, C.; Chen, G.; Evans, E.; Richard, A. Cash, 2012.

difundirem-se globalmente, patógenos com capacidade para atingir qualquer lugar do mundo. Urbanização, pobreza e sordidez urbana podem ser condições conducentes às epidemias de febre de dengue em Jacarta, Indonésia e México, peste em Surat, na Índia, à doença da vaca louca, encefalite espongiforme bovina, na Europa e, ao mesmo tempo, uma das defesas mais resistentes, o antibiótico, pode se tornar impotente, pois o seu uso indiscriminado acelerou o surgimento da tuberculose resistente a múltiplas drogas.

Em paralelo às infecções emergentes, o controle das novas ameaças ambientais também pode ser considerado um bem público global (MCMICHEL; HAINES, 1997). Os efeitos sobre a saúde: a camada de ozônio, aquecimento global, com a queima de florestas, descarte de lixo tóxico, demonstram alteração climática.

Com a globalização, mesmo doenças não transmissíveis, consideradas bens privados, têm desenvolvido características mais marcantes de bem público, como o tabaco e as drogas ilegais levando a saúde a ganhar como bem público por meio de duas forças: a primeira riscos à saúde comportamental e ambiental e a segunda, ameaças ambientais. “Embora a responsabilidade pela saúde permaneça basicamente no âmbito nacional, os determinantes da saúde e os meios de cumprir essa responsabilidade são crescentemente globais” (JAMISON; FRENK; KNAUL, 1998, p. 515), principalmente em relação à equidade, aos mercados e à oportunidade:

- Equidade: as políticas de saúde pública apresentam questões distributivas de acesso desigual. Os pobres possuem prioridades de saúde diferentes dos riscos – e os ricos possuem maiores capacidades de prevenção e de proteção do que os pobres;

- Mercados: a difusão do mercado privado global está acelerando a privatização dos serviços médicos e a comercialização do conhecimento da saúde;

- Oportunidade: a globalização está acompanhada por uma revolução nas ciências biológicas e da comunicação, oportunidades sem precedentes na

saúde podem surgir. Um dos principais desafios e seus ensejos serão explorados para alcançar as necessidades humanas de saúde de forma equânime.

As questões de equidade são acrescidas pelos desequilíbrios globais na capacidade institucional técnica e científica dos governos nacionais. Dependente de capacidades técnicas enormemente desiguais, o processo global de conquista da equidade no estabelecimento das prioridades das agendas e dos estudos é assimétrico.

Com a globalização, parcialmente dirigida por mudanças científicas revolucionárias, os avanços tecnológicos apresentam oportunidades animadoras para a saúde global. De modo semelhante, a revolução nas comunicações possui o poder de levar informações sobre saúde para “todas”¹² as pessoas. Se o conhecimento é um bem público, serão essas oportunidades, sem precedentes, exploradas com equidade?

A globalização facilitou o ingresso dos mercados privados nos sistemas de saúde. Embora o setor público financie a pesquisa mais básica, o desenvolvimento aplicado de drogas e vacinas é preponderantemente conduzido pelo setor privado. Protegidas por direitos de propriedade intelectual, as empresas privadas concentram o seu desenvolvimento tecnológico em produtos para servir aos consumidores com poder de compra efetivo, sendo incipientes os investimentos no estudo das doenças que afligem os pobres. A informação pode ser um bem público global, mas o seu significado e a sua utilização podem variar com a alfabetização, a educação e a infraestrutura de comunicação que as populações têm acesso.

Uma das características mais positivas da globalização é a crescente convergência normativa em questões básicas como os direitos humanos, a democracia e a demanda pública por transparência e responsabilidade na tomada de decisões sobre a saúde. “Uma melhor saúde em geral traz efeitos positivos sobre populações inteiras, através de uma menor transmissão de doenças. Uma boa saúde é tanto

¹² Desde que elas tenham acesso à rede de computadores (internet), principalmente.

um instrumento como uma expressão da solidariedade global, refletindo em última instância a indivisibilidade da saúde” (LINCORN *et al.*, 2012, p. 340).

Com nova Direção em 1998, a OMS impulsionou uma nova literatura sobre a reforma da governança global da saúde, onde três revistas médicas, de prestígio publicaram séries sobre propostas de reformas para as organizações de saúde internacionais, onde Lee (1997) concluiu que as organizações haviam fracassado em adaptar-se ao contexto global e recomendou reformas constitucionais e de gestão para a OMS, e outros órgãos internacionais.

O autor propõe dois tipos de funções para a saúde internacional: uma essencial e a outra de apoio. Quanto a primeira função, tem como objetivos: promover bens públicos internacionais: pesquisa e desenvolvimento, bancos de dados para facilitar o aprendizado através dos países, normas e padrões para o uso nacional e para regular as transações internacionais, a construção de consenso sobre políticas de saúde; intervenção para lidar com as externalidades internacionais: riscos ambientais, disseminação de patógenos, disseminação de cepas resistentes aos antibióticos, transferência de estilos de vida não saudáveis, comércio de substâncias prejudiciais legais e ilegais.

Com relação as funções de apoio, encontra-se: Agência para os sem posses, os pobres, certos países, grupos especiais, vítimas da violação dos direitos humanos, crianças do sexo feminino em certos países, pessoas desalojadas, vítimas de emergências, cooperação técnica e financiamento do desenvolvimento, construção de capacidade, fortalecimento da capacidade, aumento do desempenho. A analogia é que enquanto as funções essenciais corrigem as falhas do mercado global, as funções de apoio vencem as fraquezas de âmbito nacional. Essa estrutura naturalmente sugere funções complementares para a OMS e o Banco Mundial (BM), as principais instituições técnicas e financeiras que atuam na saúde mundial.

Mathews (1997) argumenta que a mais importante implicação política da globalização é o deslocamento do poder de agências governamentais e intragovernamentais para atores privados – para Organizações Não

Governmentais (ONGs). O poder das ONGs demonstra-se no impacto delas nas recentes Conferências globais no Rio (1992), Viena (1993), Cairo (1993) e Beijing (1995) e estão cada vez mais atuantes nos assuntos de saúde. O meio acadêmico permanece uma fonte importante de geração de conhecimentos e de aprendizado profissional.

Assim, à Saúde precisa ser considerada um bem público, os riscos e respostas da saúde são cada vez mais globais; o objetivo primordial é priorizar as necessidades sociais, reconhecer a importância da integração, onde a cooperação futura na saúde internacional será influenciada, pelo menos, por três fatores - a mobilização de recursos, os sistemas de governança global e a criação de um espaço institucional para a renovação e a inovação organizacional. Portanto, um desafio formidável é a mobilização do apoio político e dos recursos necessários para efetivamente se produzirem bens públicos globais na saúde (RAYMOND, 1997; IOM, 1997).

Uma outra área de conflito potencial é o acesso equânime aos produtos de saúde que poderiam beneficiar as populações pobres, nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Os direitos de propriedade intelectual restritivos possuídos por empresas comerciais poderiam ser contestados por alianças formadas entre ONGs, os meios acadêmicos e as Nações Unidas.

A agência internacional OMS exerce liderança mundial, tornando-se promotora e facilitadora central da produção da saúde como bem público mundial, para alcançar os desafios da saúde global. Somente o tempo revelará se tais agências internacionais de saúde diagnosticaram a mudança dos tempos e reformularam seus instrumentos institucionais para alcançar os novos desafios da saúde global. Nesse sentido, torna-se necessária a compreensão da saúde como bem público global, para elencar-se o processo da formação médica no Brasil, no subcapítulo a seguir, fez-se um breve resgate as escolas médicas no Brasil, seguido de novas instalações por estado brasileiro, com destaque as escolas médicas do Pará.

1.2 Formação Médica

No Brasil, a presença atuante do médico só tornou-se realidade no século XIX. A pesquisa histórica do ensino médico brasileiro e da legislação educacional brasileira, que compreende desde 1808 até o ano de 2018, demonstram o início do funcionamento da Escola de Cirurgia da Bahia (1808)¹³ e do Curso de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro (1809)¹⁴, bem como a transformação dos dois cursos em Academias, e a posterior equiparação das duas instituições em 1813, sinalizando o valor que a formação de médicos brasileiros assumiu no país (AMARAL, 2007).

A análise do ensino médico brasileiro, nos 200 anos de sua existência, identificando os marcos e os contextos político, econômico, social e mundial, produziu um levantamento quantitativo e qualitativo das Escolas Médicas (EM) brasileiras. Para que haja uma compreensão sobre a formação médica no país, faz-se necessária uma retomada histórica, com destaque aos fatos e ações dessa trajetória (ver quadro 1).

¹³ A Escola de Cirurgia da Bahia teve as seguintes denominações: Escola de Medicina da Bahia (1808); Academia Médico-Cirúrgica da Bahia (1816); Faculdade de Medicina da Bahia (1832); Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia (1891); Faculdade de Medicina da Bahia (1901); Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia (1946); Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (1965).

¹⁴ Denominações da Faculdade de Medicina da UFRJ: Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro (1808); Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro (1813); Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1832); Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro (1891); Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1901) isolada; Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro (1920); Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (1937); (1965) Faculdade de Medicina da UFRJ (FIOCRUZ, 2006).

Quadro 1 – Marcos históricos da formação médica no Brasil e no mundo.

Período	ACONTECIMENTOS
1808	Os primeiros cursos de Medicina no Brasil surgem por autorização de D. João VI.
1931	As matérias no curso de Medicina estavam ordenadas de forma a propiciar uma diferenciação do ciclo básico que o profissional poderia vir a desfrutar.
1950	A organização dos conteúdos dos cursos de Medicina era distribuída em forma sequencial de disciplinas, norteadas para diversas especialidades médicas.
Década 70	Iniciativas de aspecto integralizado, com o intuito de proporcionar maior e mais eficaz interação entre os ciclos clínicos e básicos no estudo da Medicina, contribuindo com a inserção do acadêmico nas atividades práticas de maneira precoce, o que é fundamental para uma formação com excelência (ROCHA, 2003).
	- 1977: Uma nova política da OMS foi lançada, com o objetivo inicial de propiciar um padrão de saúde que permitisse a todas as pessoas terem a oportunidade de levar uma vida social e economicamente produtiva.
	- 1978: Projeto intitulado Saúde para Todos no Ano 2000 foi lançado durante a Conferência de Alma-Ata, que adotou como carro-chefe dessa política, em uma parceria entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Declaração sobre Cuidados Primários em Saúde.
	Ainda na década de 70, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (ALMA-ATA, 1978) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), entre 6 e 12 de setembro de 1978.
Década 80	Foi importante para as muitas conquistas que aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Foi aprovada a “Carta Magna”, também conhecida como “Constituição Cidadã”, nome dado à CF/88, pois estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do estado”, a qual instituiu a formulação de políticas sociais criando o SUS.

Década 90	No continente americano, o projeto Educação Médica nas Américas (EMA), apoiado em grande parte pela Fundação Kellogg, foi o combustível do processo de transformação nas escolas médicas da América.
	Propostas de reformas curriculares e modelos de ensino-aprendizagem na perspectiva das metodologias ativas, orientadas para mudanças nas práticas pedagógicas tradicionais, buscando transformar a prática clínica no SUS (ADLERI; GALLIAN, 2014).
	O SUS, enquanto sistema criado pela CF/88, pressupõe acesso gratuito à todos cidadãos, bem como diretrizes para os Governos Federal, Estadual e Municipal.
	- 1991:Foi organizada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) para realizar a avaliação do ensino médico brasileiro.
	- 1994: Início na América Latina por meio da fundação W. K. Kellogg, um novo programa denominado “Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (sinteticamente, Programa UNI).
2001	Assinatura da Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de Novembro, de 2001 do CNE (Conselho Nacional de Educação) que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Médica no país.
2002	A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS faz 100 anos de existência, sendo a instituição de saúde mais antiga de todo o mundo.
2003	A Política Nacional de Humanização do SUS foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, (MORI; OLIVEIRA, 2009).
2014	Publicação da Resolução Nº 3, de 20 de Junho, instituindo novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Médica, revogando as Diretrizes de 2001.

Fonte: Mardock (2018, p. 36), a partir de Sales (2016).

Discute-se que o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, em particular do ensino médico, esteve intimamente ligado ao crescimento da sociedade brasileira, sendo notória desde sua origem, em 1808, uma vinculação ao surgimento, no Brasil, das instituições econômicas, militares e culturais, e ao poder político (AMARAL, 2007). Segundo Sales (2016), são constantes as discussões em torno de uma formação médica com práticas pedagógicas de ensino-aprendizagem que permitam aos acadêmicos o exercício da busca autônoma por conhecimentos por meio de resoluções de problemas relacionados ao processo saúde-doença. Discute-se uma formação que possibilite aos discentes a visão holística deste processo, levando em consideração o doente como um ser humano e seus aspectos emocionais, biológicos, sociais, financeiros e outros que tenham relações direta ou indireta com os agravos causados pelas doenças e, a partir desses aspectos, a mediação da prevenção, promoção e reestabelecimento da saúde.

A classe médica, até os anos de 1950, sempre se conduziu como profissão liberal, sem tomar consciência da necessidade de se organizar como categoria profissional na defesa de seus mais legítimos interesses e da própria profissão. À vista disso, em 1951 foi fundada a Associação Médica Brasileira, com a iniciativa da organização do seu I Congresso na cidade de Ribeirão Preto, em 1956, sob a liderança dos professores Hilton Rocha e Jairo Ramos. Houve inicialmente a tentativa de se fundar a ordem dos Médicos, à semelhança da ordem dos Advogados, mas a ideia não vingou e foi substituída pela dos Conselhos de Medicina, Federal e Regionais, criados no governo do presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira pela lei 3.268, de 30 de setembro de 1957 (REZENDE, 2009).

Nota-se que mesmo no começo da história da medicina ocorreram avanços na prática médica de ensino, e as novas formas de integralidade do ensino na academia tem raízes nesse contexto.

Com a evolução dos novos métodos de ensino, não só na academia médica mas também em outras áreas do conhecimento, verificou-se a

necessidade dos profissionais se adequarem as novas realidades, buscando qualificações de forma a atender os requisitos e as expectativas de suas funções, conforme figura 1 a seguir.

Figura 1 – Primeiras escolas médicas, segundo a unidade da federação (2018).

ANO	ESTADO	INSTITUIÇÃO
1808	BAHIA - BA	Universidade Federal da Bahia - UFBA
1808	RIO DE JANEIRO - RJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
1898	RIO GRANDE DO SUL - RS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
1911	MINAS GERAIS - MG	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
1912	PARANÁ - PR	Universidade Federal do Paraná - Curitiba - UFPR
1913	SÃO PAULO - SP	Universidade de São Paulo - Campus São Paulo - USP-SP
1919	PARÁ - PA	Universidade Federal do Pará - UFPA
1920	PERNAMBUCO - PE	Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
1949	CEARÁ - CE	Universidade Federal do Ceará - UFC
1953	ALAGOAS - AL	Universidade Federal de Alagoas - UFAL
1955	PARAÍBA - PB	Universidade Federal da Paraíba - J. Pessoa - UFPB
1956	RIO GRANDE DO NORTE - RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
1958	MARANHÃO - MA	Universidade Federal do Maranhão - São Luis - UFMA
1960	GOIÁS - GO	Universidade Federal de Goiás - UFG
1960	SANTA CATARINA - SC	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
1961	ESPIRITO SANTO - ES	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
1962	DISTRITO FEDERAL - DF	Universidade de Brasília - DF - UNB
1966	SERGIPE - SE	Universidade Federal de Sergipe - UFS
1968	MATO GROSSO DO SUL - MS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campo Grande - UFMS
1968	PIAUI - PI	Universidade Federal do Piauí - UFPI
1971	AMAZONAS - AM	Universidade Federal do Amazonas - UFAM
1978	MATO GROSSO - MT	Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
1994	RORAIMA - RR	Universidade Federal de Roraima - UFRR
2002	RONDÔNIA - RO	Universidade Federal de Rondônia - UNIR
2007	ACRE - AC	Universidade Federal do Acre - UFAC
2007	TOCANTINS - TO	Universidade Federal do Tocantins - Palmas/TO - UFT
2010	AMAPÁ - AP	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP

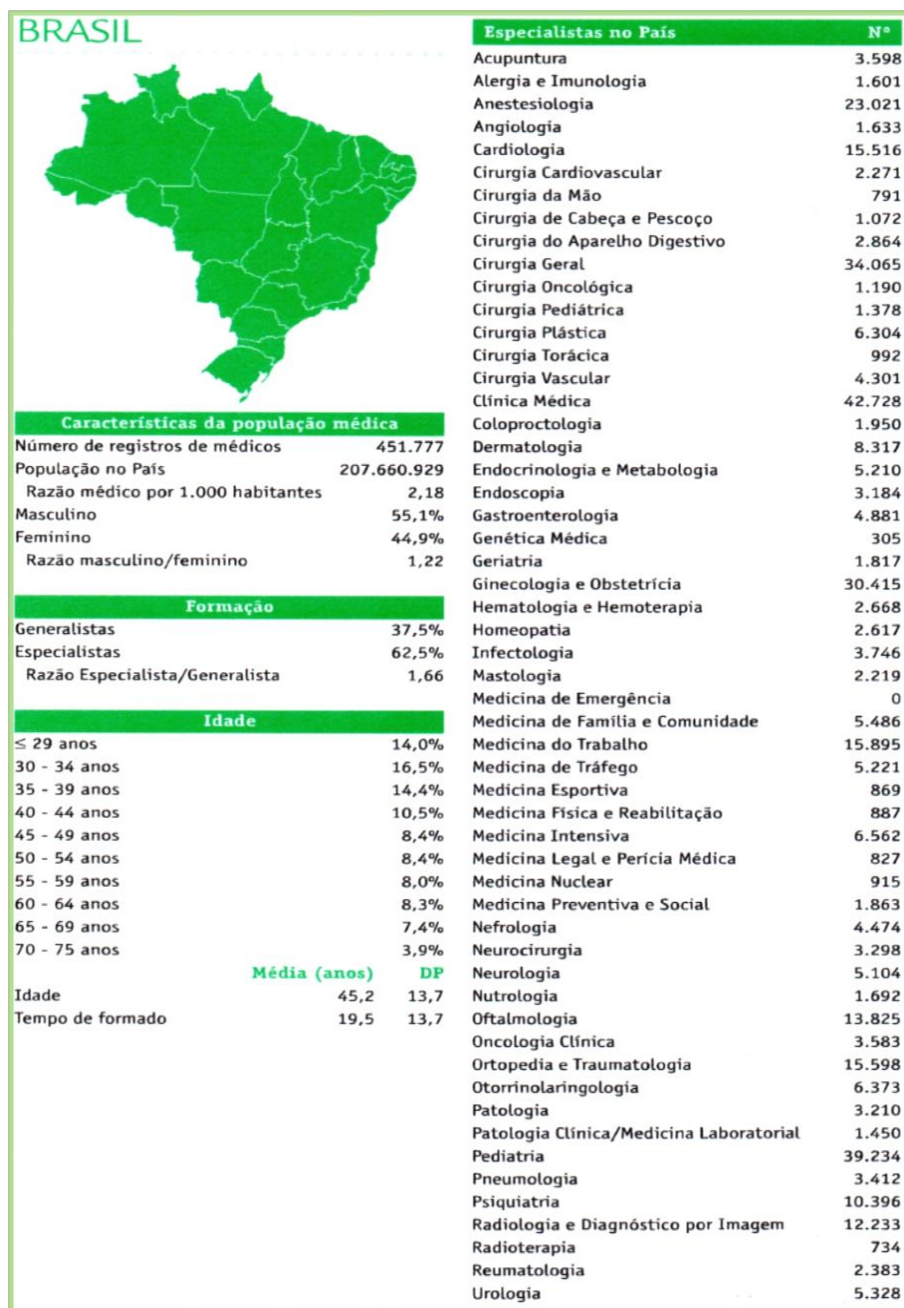
Fonte: Mardock (2018, p. 38), a partir de *site* do Escolas Médicas do Brasil (2018).

De acordo com as informações da Demografia Médica do Brasil 2018, lançada pelo CFM, no ano de 2017 existiam 289 cursos em funcionamento, e outros em vias de instalação. Nessa demografia pode-se encontrar representações profissionais e acadêmicas, ilustradas pelos registros de Médicos nos Conselhos Regionais de Medicina e no Conselho Federal de Medicina, assim como em outras representações. Também aparecem nesse documento representações como a Sociedade de Medicina Pernambucana (1841), a Academia de Ciências Médicas da Bahia (1848), a Associação Médico-Farmacêutica do Rio Grande do Sul (1850), a Sociedade Baiana de Beneficência Médica (1865), a Sociedade Médico-Farmacêutica de Campos (1879), a Sociedade Rio Grandense Médico Cirúrgica (1886), a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1887), a Sociedade Medico-Cirúrgica de São Paulo (1888), a Sociedade de Medicina de Porto Alegre (1892), a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Niterói (1897), a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Manaus, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora e a Sociedade de Medicina, Cirurgia e Farmácia de Belo Horizonte, estas últimas de 1899 (SALES, 2004).

Contudo, o número de médicos no Brasil só aumentou no século XX, com a criação de novas escolas médicas. “Em 1900 havia no país apenas três faculdades de medicina: a do Rio de Janeiro, a de Salvador e a de Porto Alegre, esta última fundada em 1898. Em 1950 já eram quinze, que diplomavam cerca de dois mil médicos por ano” (REZENDE, 2009, p. 117).

O desenvolvimento da medicina levou à sua fragmentação em diferentes especialidades. Rezende (2009) afirma que esta é uma contingência histórica com a qual temos de conviver e saber tirar proveito em favor dos pacientes. Todavia, qualquer que seja a especialidade escolhida ou as habilidades que tenha de adquirir para as tarefas que lhe cabe executar, o médico especialista deverá considerar-se integrante de uma equipe em busca de um diagnóstico ou da melhor conduta terapêutica a ser instituída, compartilhando dos deveres e das responsabilidades de toda a equipe. O Atlas da demografia médica no Brasil 2018, na figura 2, página seguinte, traz informações sobre a distribuição de médicos em todas as unidades da federação e em todas as especialidades médicas reconhecidas.

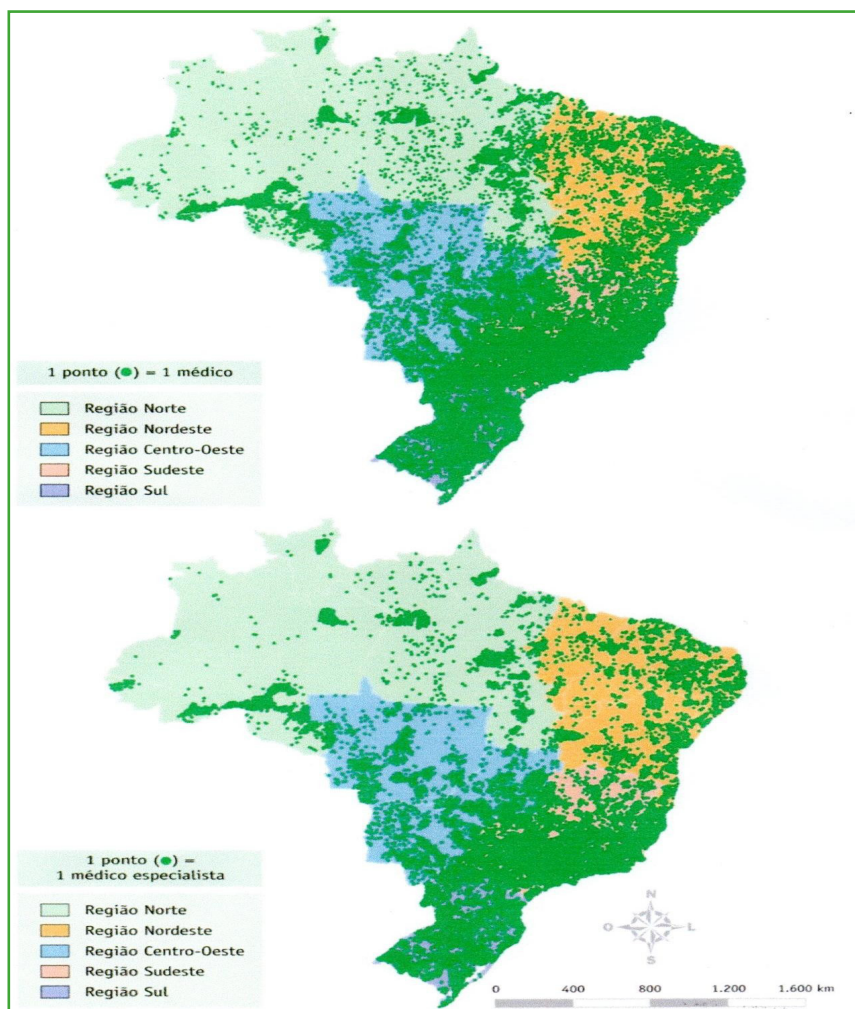
Figura 2 – Atlas da demografia médica no Brasil: Dados gerais (2018)



Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 148).

Há imensas desigualdades na distribuição dos médicos pelo território nacional. Segundo Scheffer *et al.* (2018), enquanto em todo o País existem 2,18 médicos por mil habitantes, há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes – como nas regiões do interior do Nordeste, com valores inferiores a um médico por mil habitantes, o atlas representado na figura 3, ilustra através do mapa do Brasil essa realidade.

Figura 3 – Atlas da demografia médica no Brasil: Localização geográfica de número de médicos (2018)



Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 149).

Segundo Sales (2016), percebe-se que o médico deve ser um profissional com formação generalista, preparado para analisar e solucionar problemáticas que fazem parte do cotidiano assistencial à saúde e com capacidade reflexiva para solucionar os problemas atípicos, que por ventura surjam durante as atividades de assistência médica. Contudo, nota-se a necessidade de aplicar metodologias para assegurar a “articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina” (BRASIL, 2014). O quadro 2, apresenta a distribuição de médicos, segundo unidade da federação, com destaque para a Região Norte, grifo no estado do Pará.

Quadro 2 – Distribuição de médicos, em unidade da federação e grandes regiões do Brasil

	Médicos	%	População ¹	%	Razão
Brasil	451.777	100,0	207.660.929	100,0	2,18
Região Norte	20.884	4,6	17.936.201	8,6	1,16
Rondônia	2.744	0,6	1.805.788	0,9	1,52
Acre	966	0,2	829.619	0,4	1,16
Amazonas	4.844	1,1	4.063.614	2,0	1,19
Roraima	816	0,2	522.636	0,3	1,56
Pará	8.090	1,8	8.366.628	3,9	0,97
Amapá	841	0,2	797.722	0,4	1,05
Tocantins	2.583	0,6	1.550.194	0,7	1,67
Região Nordeste	80.623	17,8	57.254.159	27,6	1,41
Maranhão	6.096	1,3	7.000.229	3,4	0,87
Piauí	3.860	0,9	3.219.257	1,6	1,20
Ceará	12.652	2,8	9.020.460	4,3	1,40
Rio Grande do Norte	5.792	1,3	3.507.003	1,7	1,65
Paraíba	6.753	1,5	4.025.558	1,9	1,68
Pernambuco	16.381	3,6	9.473.266	4,6	1,73
Alagoas	4.575	1,0	3.375.823	1,6	1,36
Sergipe	3.806	0,8	2.288.116	1,1	1,66
Bahia	20.708	4,6	15.344.447	7,4	1,35
Região Sudeste	24.4304	54,1	86.949.714	41,9	2,81
Minas Gerais	48.606	10,8	21.119.536	10,2	2,30
Espírito Santo	9.645	2,2	4.016.356	1,9	2,40
Rio de Janeiro	59.366	13,1	16.718.956	8,1	3,55
São Paulo	126.687	28,0	45.094.866	21,7	2,81
Região Sul	68.430	15,2	29.644.948	14,3	2,31
Paraná	23.661	5,2	11.320.892	5,4	2,09
Santa Catarina	15.838	3,5	7.001.161	3,4	2,26
Rio Grande do Sul	28.931	6,5	11.322.895	5,5	2,56
Região Centro-Oeste	37.536	8,3	15.875.907	7,6	2,36
Mato Grosso do Sul	5.525	1,2	2.713.147	1,2	2,04
Mato Grosso	5.436	1,2	3.344.544	1,6	1,63
Goiás	13.360	3,0	6.778.772	3,3	1,97
Distrito Federal	13.215	2,9	3.039.444	1,5	4,35

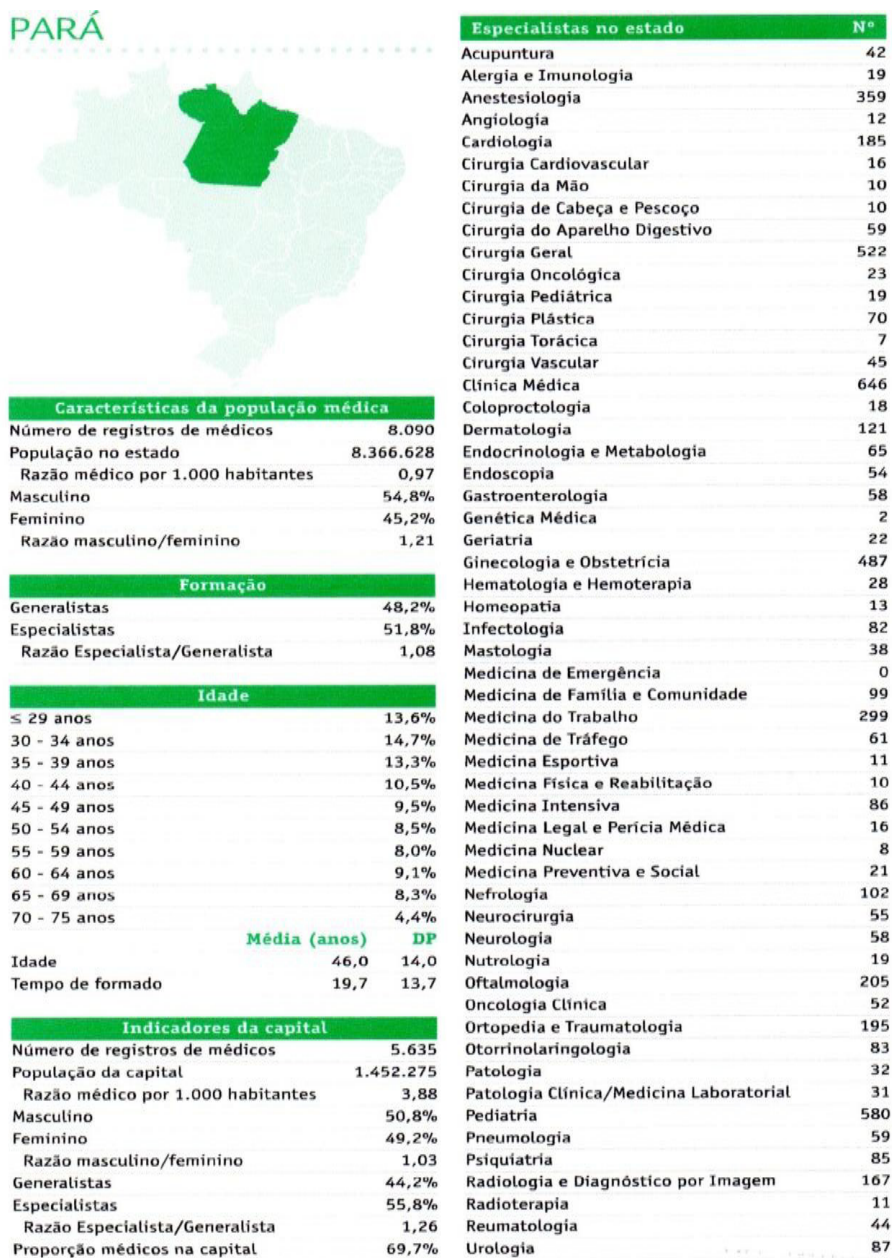
Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 44), grifo nosso.

Entre todas as unidades da federação, o Distrito Federal tem a razão mais alta, com 4,35 médicos por mil habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro, com 3,55. Depois de São Paulo (razão de 2,81), o Rio Grande do Sul tem razão

de 2,56; Espírito Santo, 2,40; e Minas Gerais conta com 2,30 médicos por mil habitantes. Na outra ponta estão estados do Norte e Nordeste. O Maranhão mantém a menor razão entre as unidades, com 0,87 médico por mil habitantes, seguido pelo *Pará*, com razão de 0,97. Nos dois casos, há menos de um médico por grupo de mil moradores.

Quando se compara as porcentagens de médicos e de população por região (ou estado) com os números do conjunto do País, as desigualdades são mais visíveis. Na região Sudeste, onde moram 41,9% dos brasileiros, estão 54,1% dos médicos, ou mais da metade dos profissionais de todo o País. Na região Norte ocorre o oposto: ali moram 8,6% da população brasileira e estão 4,6% dos médicos. No Nordeste vivem 27,6% dos habitantes do País – mais de 1/4 de toda a população – e estão apenas 17,8% do conjunto de médicos. Nas regiões Sul e Centro-Oeste a porcentagem de habitantes é bastante próxima da parcela de médicos existente. No *Pará*, delimitação geográfica desse estudo, além do número de registro de médicos e da razão por mil habitantes, há dados referentes às características da população, formação, idade e indicadores da capital (Ver figura 4).

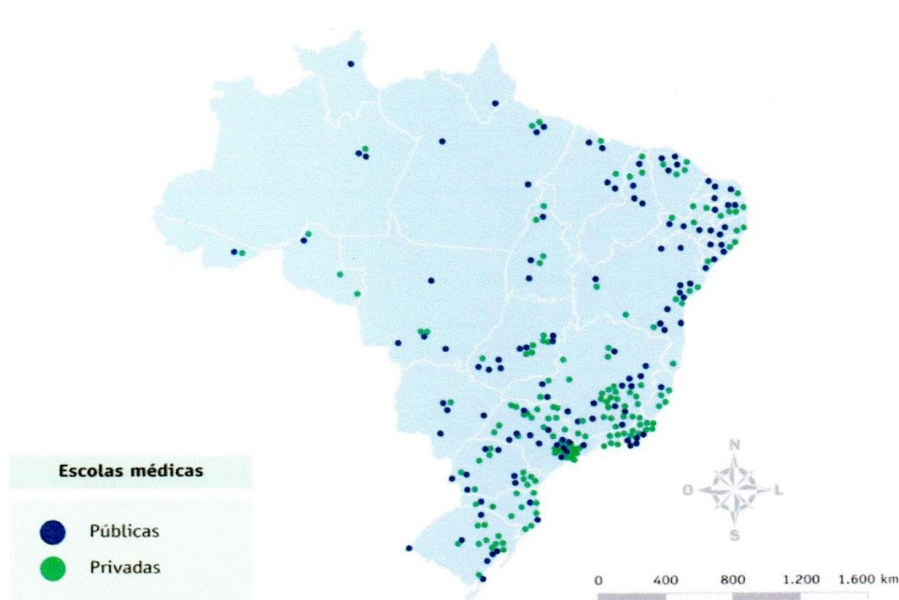
Figura 4 – Atlas da demografia médica no Pará: Dados gerais (2018)



Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 163).

Os mapas 1 e 2 são diferentes formas de representar a distribuição de cursos. O mapa 1 representa o número de vagas e o mapa 2 a natureza pública e privada das IES. Para delimitar a natureza pública ou privada das escolas médicas, o estudo considerou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, que define duas categorias administrativas das instituições de ensino: as públicas, “[...]criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público”, e as privadas, “mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado” (BRASIL, 1996).

Mapa 1 – Distribuição de Escolas Médicas, segundo natureza pública e privada no Brasil (2018)

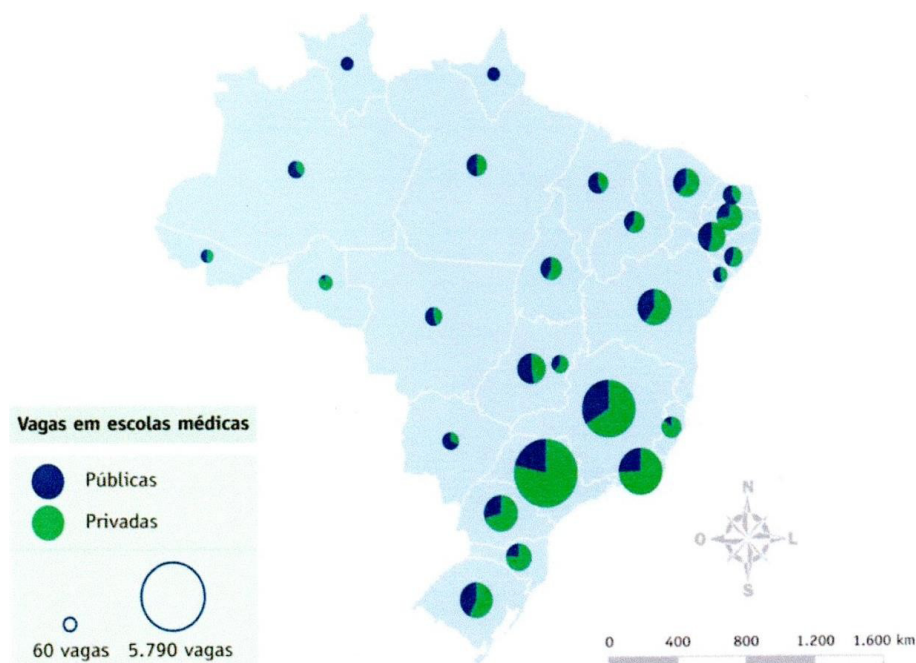


Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p. 59).

Segundo Scheffer *et al.* (2018), o maior número de cursos e vagas de Medicina se concentra nos estados do Sudeste, do Sul e no litoral do Nordeste. No Sul e Sudeste há mais vagas de instituições privadas. No Norte e Centro-Oeste, mais cursos e vagas públicas. No Nordeste, há um equilíbrio. Desta maneira, o mapa 2 ilustra a distribuição de vagas em cursos de Medicina, segundo natureza pública e privada no Brasil.

No campo da formação médica destaca-se que os projetos pedagógicos das IES formadoras de profissionais médicos devem ser fundamentados na resolução nº 3, do Conselho Nacional de Educação, de 20 de junho de 2014, que instituem as DCN's para os Cursos de Graduação em Medicina. Reportando-nos a mesma, verifica-se que seu art. 3º descreve que a graduação médica deve garantir a formação de médicos generalistas, humanistas, críticos, reflexivos e éticos, com capacidade de atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo. Descreve também que os médicos atuem com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (ART. 3, RESOLUÇÃO Nº 3/CNE, 2014).

Mapa 2 – Distribuição de vagas em cursos de Medicina, segundo natureza pública e privada no Brasil (2018)



Fonte: Scheffer *et al.* (2018, p 59).

Nos mapas a cima ilustram-se diferentes formas de representar a distribuição de cursos (Mapa 2) e vagas (Mapa 3) segundo a natureza pública e privada. Para delimitar a natureza pública ou privada das escolas médicas, considerou-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, destes em apenas dez estados a presença **pública** no ensino médico é maior que 50%: três deles encontram-se na região Centro-Oeste, três no Nordeste, e quatro na região Norte: Amazonas, Pará, sendo que Roraima e Amapá tem um único curso cada um, os dois públicos, com 80 e 60 vagas, respectivamente.

No entanto, Ciuffo e Ribeiro (2008) afirmam que há um longo caminho a percorrer, no qual as universidades exercem papel relevante como um dos agentes desse processo. As escolas médicas encontram-se, em sua maioria, reproduzindo uma formação dicotomizada, expressa na organização curricular disciplinar, fragmentada e focada em especialidades, tendo como campo predominante de prática o hospital universitário, enfatizando práticas em saúde procedimento centradas e desconsiderando os usuário-centradas.

A formação médica mundial é marcada por vários momentos históricos e fases que destacam a sua historicidade, que serviram como base analítica para as mudanças na educação médica que hoje é estabelecida no Brasil. Quanto essas fases históricas, chamamos atenção para as contribuições de Tempesk e Borda (2009, p. 319):

A primeira se estabelece a partir do relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910 e que tentou nortear o ensino médio americano por uma sólida formação em ciências básicas, com a aprendizagem utilizando o hospital como cenário, além de pouca ênfase na prevenção e promoção a saúde. Num momento histórico marcado por grande diversidade na formação médica, esse documento teve importante papel organizador do ensino e propiciou grande avanço do conhecimento, de tal forma que foi reproduzido em vários países, inclusive no Brasil. A segunda fase da

educação médica se inicia a partir da década de 1970, quando as ideias de prevenção e promoção da saúde e o modelo de multicausalidade das doenças ganham visibilidade a partir do Relatório Lolande, no Canadá, em 1974. A etiologia das doenças é concebida a partir de fatores ambientais, acesso aos serviços de saúde, estilos de vida e biologia humana. O ser humano e sua doença passam a ser entendidos segundo uma visão de integralidade, tanto do seu sistema orgânico, como de sua inter-relação com o ambiente, seu trabalho e seus semelhantes. A Conferência Internacional da Organização Mundial da saúde, em Alma-Ata, em 1978, reforça este modelo ideológico da Medicina Integral, a importância da formação de um médico generalista e da Atenção Primária à Saúde, apontando como meta Saúde Para Todos no ano 2000.

No campo da educação em saúde, Ciuffo e Ribeiro (2008) propõem que inovar assume também esse sentido. Para tanto, a escola precisa cumprir seu papel para além de atualizar conhecimentos: desenvolver no ser humano a competência de lidar com o novo e, desse modo, abrir suas lentes para olhar o mundo e ser sujeito das suas transformações. Na figura 5, encontra-se um retrato das Escolas Médicas (EM) no Estado do Pará.

Figura 5 – Escolas médicas no estado do Pará (2018)



Fonte: Mardock (2018, p. 47), a partir de *site* do CFM (2018)¹⁵.

Na Região Norte, foi criada em 1919 a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, por iniciativa da Associação Científica do Pará, que já mantinha a Escola Livre de Odontologia do Pará, sendo a Federal do Pará a oitava EM do país e a primeira na Região Norte (AMARAL, 2007).

Ainda na Região Norte, em 1971 houve a abertura da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual, segunda Escola Médica no estado, que representou o início do envolvimento do governo estadual do Pará com o ensino da medicina.

[...] cinquenta e dois anos depois na Faculdade Estadual de Medicina do Pará, hoje fazendo parte da Universidade do Estado do Pará - UEPA. Em 2006 a Universidade do Estado do Pará, interioriza o Curso

¹⁵ Vale ressaltar que os dados da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) - Campus de Altamira, não encontram-se no *site* do CFM, e sim no EDITAL Nº 3/2017 – COPERPS, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 PROCESSO SELETIVO 2018 – PS UFPA 2018.

de Medicina no município de Santarém, pioneira no Estado, o qual formou sua primeira turma em junho de 2012 (UEPA, 2015, p. 33).

Criado em 2007, pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA), a quarta Escola Médica, sendo a primeira instituição privada no Estado.

Em agosto de 2013, a UEPA, interioriza o curso de medicina no município de Marabá, sendo a quinta Escola Médica do Estado e segunda do interior, com previsão de formação da sua primeira turma em dezembro de 2018.

Em 2014, foi implantado na Faculdade da Amazônia (FAMAZ), sexta Escola Médica no Estado, segunda instituição privada, com previsão de formação da sua primeira turma em dezembro de 2020.

Em 2017, sendo a sétima Escola Médica e a terceira no interior do Estado, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus de Altamira.

A Comissão Permanente de Processos Seletivos (COPERPS) torna pública a realização do PROCESSO SELETIVO 2018 (PS UFPA 2018), destinado a selecionar candidatos para o provimento de vagas nos cursos de graduação presenciais oferecidos pela Universidade Federal do Pará (UFPA), nos termos da Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999, Lei n.º 12.711, de 29 de agosto de 2012, alterada pela Lei n.º 13.409, de 28 de dezembro de 2016, o Decreto n.º 7.824, de 11 de outubro de 2012, alterado pelo Decreto n.º 9.034, de 20 de abril de 2017, do Regimento Geral e da Resolução do dia 28 de setembro de 2017, do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE), desta Instituição, e mediante as condições estabelecidas neste edital (UFPA, 2018, p. 1).

No Estado do Pará, atualmente são oferecidas 610 vagas ao ano, distribuídas entre as 6 (seis)¹⁶ Faculdades apresentadas na figura 06, das quais 300 destas vagas são ofertadas em faculdades com administração privada e 310 em faculdades com administração pública (CFM, 2018, p. 57).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se a necessidade da formação de profissionais que atendam o perfil e as demandas do SUS. Sobre a criação do SUS, Batista e Gonçalves (2011, p. 2) frisam que:

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

Conceituando os novos caminhos da formação médica, Amoretti (2005, p. 8) estabelece que:

É preciso que a educação médica se estabeleça definitivamente em novos cenários, lá onde as práticas assistenciais estejam ocorrendo e não somente no hospital. A integração entre ensino, pesquisa e serviço deve ser ampliada, abrangendo as unidades sanitárias, os postos de saúde, os prontos atendimentos, as emergências, os programas de assistência domiciliar, os centros de atenção psicossocial, as escolas e outros locais. Os alunos e os residentes precisam compor com os profissionais de todas as categorias que trabalham na saúde, compreender as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas em saúde e viver o cotidiano do SUS.

¹⁶ Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus Altamira, são ofertadas 54 vagas.

Para Sales (2016), evidencia-se na visão do autor (2005) um aspecto muito relevante em se tratando de práticas de integralização do estudo e ensino da Medicina. A disseminação do conhecimento teórico-científico no começo da historicidade médica abrange essa questão, tendo como intuito unir os setores de saúde a fim de somar com a formação de novos profissionais.

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

Nesse sentido, o discente em Medicina deve estudar no seu processo de formação a dimensão do aprender a aprender de forma autônoma, a partir da mediação de um docente, como parte do processo de ensino-aprendizagem, com base nos conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para buscar respostas cientificamente fundamentadas e assim construir sentidos para a identidade profissional (BRASIL, 2014). Assim, torna-se imprescindível que o acadêmico em processo de formação desenvolva a autonomia do aprender com objetivo de fomentar cientificamente respostas as questões e discussões em torno de uma determinada problemática. Destaca-se que o processo de aprendizagem deve ser subsidiado e conduzido por um docente, a fim de trabalhar conhecimentos necessários à solução de problemas com os acadêmicos.

Quanto às Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, promovem informações a serem adotadas pelas instituições formadoras de profissionais médicos, explicitam questões voltadas aos aspectos pedagógicos e estruturas, tais com o perfil profissional de almeja alcançar com a formação e o uso metodologias de ensino aprendizagem que permitam a participação ativa dos acadêmicos com a prática do raciocínio crítico, questionador, investigativo e reflexivo com base nos problemas que permeiam o processo saúde-doença. Elas também estabelecem critérios para a avaliação da aprendizagem a fim de

assegurar à construção de conhecimentos necessários a prática profissional. Ditam também, o uso de currículo integralizado que permita ao acadêmico a vivência da realidade profissional médica durante a formação acadêmica como forma de possibilitar aos acadêmicos as respostas às questões problematizadoras do cotidiano médico. Assim, dentre outros aspectos, essas DCN's normatizam como deve ser a formação médica no Brasil (SALES, 2016).

No contexto do Plano Nacional de Educação (PNE), expresso na Lei 10.172/2001, “o CNE aprovou, em 2001, as diretrizes curriculares para o curso de medicina, homologadas em 1º de outubro do mesmo ano” (AMARAL, 2007, p. 18). No caso específico do curso de medicina, as reformas regulamentadas permitiram os avanços na formação do graduado, o que perpassava por um processo de avaliação, em que já se sinalizava a necessidade de mudanças. Essas mudanças estão expressas nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina (Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001) que já delineava um novo paradigma de educação, quando permite a flexibilização e estímulo da criatividade na elaboração do projeto pedagógico do curso; a construção do currículo baseado em conhecimentos, habilidades e atitudes; a formação do médico generalista; e a integração da educação médica ao sistema único de saúde, SUS.

Cabe destacar que a LDB 9394/96 inicialmente definiu o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo uma relação de reciprocidade para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais, com destaque para o SUS.

Os conteúdos de ensino não são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo aluno, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar. E para entender o processo educativo desenvolvido na formação médica, é necessário trilhar pela história da constituição do próprio SUS.

1.3 Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷

Destaca-se como marco inicial a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) pelo Decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Esta lei ficou conhecida como Lei Elói Chaves e levou as primeiras conjecturações em torno da necessidade de atendimento público a classe trabalhadora, que era afastada do trabalho por doença ou por acidente (CONASS, 2011).

Em 1932 destaca-se a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), acentuando-se como componente de assistência Médica, especialmente pela compra de serviços do setor privado. Vinte e um anos depois, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS) pelo então presidente da República, Carlos Luz, fazendo o desmembramento do Ministério da Educação pela Lei nº 1.920, de 25 de julho, iniciando um processo de modernização do setor da saúde.

Outro marco importante foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, o qual foi resultado da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), consolidando o componente assistencial que derivou na estruturação de um modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, como forma de fortalecimento do movimento de privatização do setor.

Mesmo com outras ações de mudança, dez anos depois ocorre a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. Dentro desse sistema, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que se configurou no principal órgão governamental prestador da assistência médica, sobrevivendo como órgão posterior à criação do SUS.

¹⁷ O olhar lançado nos marcos históricos de criação e consolidação do SUS será realizado sob a ótica de Galvão (2017), a qual traz em sua dissertação de mestrado “O Panorama Histórico: marcos importantes para a constituição do SUS” para compor a discussão sobre a legislação estruturante do SUS (2011), elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass).

Outro marco na história da saúde brasileira que merece relevo ocorreu em 1982, com a implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como porta de entrada do sistema. O PAIS tinha como proposta a criação de sistemas de referência e contra referência com atribuição de prioridades para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada. Surgem aqui os principais pontos programáticos que se fazem presentes no SUS.

Foi também em fevereiro de 1982 que os secretários estaduais da saúde criaram o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). Ainda na década de 80, tem proeminência a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que consagrou a concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal, como dever do estado, configurando em princípios legais que corporificariam a Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Com a criação do SUS percebe-se a necessidade da formação de profissionais que atendam ao perfil e as suas demandas. Sobre a criação do SUS, Batista e Gonçalves (2011, p. 2) frisam que:

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

Reportando-nos a Constituição Federal de 1988, percebe-se que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Como base legal, o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), especificamente no artigo 198, o qual pressupõe acesso gratuito a todos os cidadãos, bem como as diretrizes nas quais os governos federal, estadual e municipal devem pautar-se para que seja oferecido um serviço de qualidade, como pontuado no artigo 198 e incisos:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade¹⁸.

É necessário entender que o SUS é uma formulação política e organizacional que propõe o reordenamento da gestão do serviço de saúde no Brasil, que vislumbra a sistematização e unificação das ações de saúde em todo o território nacional, objetivando a melhoria da saúde oferecida e disponibilizada à população. Estas ações ficam evidenciadas no artigo 200 e incisos adjacentes da CF/88, em que pode-se constatar as competências e atribuições do SUS:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

¹⁸ Ibid., p. 73.

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho¹⁹.

Dentre as várias competências, tem especial destaque o inciso III, que faz menção da precisão de profissionais que tenham formação específica para atuar na área da saúde. Esta é uma discussão que não se esgota na CF/88, mas se alarga para a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual apresenta os desafios para a promoção dos serviços de saúde, objetivando garantir às pessoas e à sociedade condições de conforto físico, mental e social.

Percebendo que a saúde é um direito garantido constitucionalmente e assegurado pelo SUS; devendo prestar serviços visando à integralidade da assistência em um conjunto articulado de ações com continuidade tanto no âmbito preventivo e curativo, individual e coletivo.

Para Azevedo (2002, p. 54), “[...] a descentralização é considerada um instrumento de modernização gerencial da gestão pública, pela crença nas suas possibilidades de promover a eficácia e a eficiência dos serviços concernentes”.

O profissional da área da saúde deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (Resolução CES/CNE nº.02, 03 / 2001 e nº 03 / 2002).

A Lei nº 8.080/90 em seu Artigo 4º, dispõe que é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, que constitui o SUS.

¹⁹ Ibid., p.74.

Assim, a identificação das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, ou as necessidades da gestão, serão indicadores do aprendizado devendo ser considerados e respeitados, em função do cuidado às pessoas e coletividades, ou do apoio à gestão da saúde do município.

Segundo Sales (2016), verifica-se sua criação como um marco muito importante na história da saúde brasileira, estabelecendo mudanças no contexto geral das normativas que regem os processos da sociedade nacional, não sendo excluídos os meios pelos quais novos profissionais são formados, inclusive para a prática médica. O SUS fundamenta-se em uma visão plausível, reconhecendo a saúde como um bem coletivo e obrigatório de responsabilidade do Estado.

Vale ressaltar que os Instrumentos de Gestão em Saúde são os mecanismos que garantem o funcionamento SUS em todos os seus níveis. Conforme Brasil (2002), a gestão do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que, por meio de seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde.

Há os Instrumentos de Gestão em Saúde locais, específicos de cada município, ou de cada Estado, do Distrito Federal ou da União. Há outros, todavia, que coexistem e concorrem para a articulação das três esferas gestoras do SUS, garantindo o funcionamento de um sistema de saúde nacional.

A Constituição Federal de 1988 determinou que o SUS funcionasse por meio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada, de acordo com as seguintes diretrizes:

- a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- c) participação da comunidade.

Para cumprir os preceitos constitucionais, o SUS utiliza diversos instrumentos de gestão que vêm sendo criados segundo a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos gestores do SUS ao longo do tempo e do espaço.

O SUS é obrigação legal há 27 anos, com as Leis 8.080 e 8.142 de 1990. Santos (2013) afirma que, no seu processo histórico, o SUS começou na prática nos anos 70, há 40 anos, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado, que se ampliava e fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais. Na saúde, este movimento libertário fortaleceu-se com a bandeira da Reforma Sanitária, antecipando o que viria, anos depois, a ser as diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade.

Segundo o documento Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2012), a mesma foi realizada com foco em descentralização nos serviços de saúde, com vistas a ficar o mais próximo da comunidade, sendo considerada a principal porta de entrada aos serviços de saúde. Assim, torna-se importante que a APS seja norteada pelos princípios doutrinários da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da garantia de seguimento do cuidado, da integralidade da atenção, da corresponsabilização e responsabilização da humanização, da equidade e da participação e controle social. Com foco na promoção da Saúde, a APS atua por meio de ações comunitárias, com atenção as prioridades em saúde, na implementação de estratégias, na tomada de decisão, com intuito de melhorar as condições de saúde da população assistida (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

A política de educação e desenvolvimento para o SUS também aponta caminhos que possibilitam o fortalecimento do diálogo com as instituições formadoras: a implantação dos Pólos de Educação Permanente (BRASIL, 2004a), iniciativa que busca maior interlocução entre gestores, serviços, profissionais, usuários, alunos e professores, integrando saúde e educação;

o AprenderSUS (BRASIL, 2004b), iniciativa cujo objetivo é mobilizar os gestores do SUS, da educação superior e do controle social para pensar e propor compromissos entre os setores da saúde e da educação e construir a atenção integral, dos pontos de vista individual e coletivo, propondo-se a garantir a adoção da integralidade como eixo das mudanças na formação dos profissionais de saúde, uma mudança significativa das concepções vigentes.

Pensar a formação profissional em saúde com base nos conceitos de competência e integralidade é operar uma profunda transformação na maneira de conceber o sujeito da aprendizagem e o mundo do trabalho. A seguir, busca-se abordar sobre a Política de Humanização em saúde e seu processo histórico.

1.3.1 Política de humanização no SUS

A partir de 1998, o Ministério da Saúde (MS) publica portarias ministeriais e interministeriais que orientam ações a serem implantadas/ implementadas pelos serviços públicos de saúde, pautadas na humanização (MATOSO, 2010). Esse processo se inicia com premiação do Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, ao ser publicada a 1ª Portaria Gabinete do Ministro GM/MS nº 2.883, de 04.06.1998, que institui, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. As conquistas do SUS nos desafiam a desenvolver propostas de intervenção que favoreçam o seu aperfeiçoamento.

Segundo Pasche *et al.* (2011), os primeiros anos da PNH foram destinados à formulação e consolidação da humanização como política pública, com sustentação teórico-metodológica, e à sensibilização e mobilização dos serviços de saúde, trabalhadores, gestores e usuários, fazendo conhecê-la entre outras, por meio de atividades extensivas.

A Política de Humanização se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades. Todavia,

é necessário que se avance e se amplie o senso de cidadania do povo brasileiro, que em muitas situações resigna-se aos maus tratos e ao desrespeito. Saúde digna é direito e compromisso do usuário e dever do Estado, que deve garantir a oferta de atenção de acordo com as necessidades de saúde da população. Mas a amplitude desta missão não pode ser alcançada sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado. O dever do Estado e das equipes de governo deve ser também o do fomento da autonomia dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, multiplicando os agentes do direito e do dever (PASCHE *et al.*, 2011, p. 7).

No quadro 3 encontra-se a base legal da Humanização em atos normativos: lei e portarias.

Quadro 3 – Humanização em atos normativos: lei e portarias

PORTARIA	DATA	ASSUNTO
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990	19/09/1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Portaria Gabinete do Ministro GM/MS nº 2.883	04.06.1998	Institui o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde, integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal.
Portaria GM/MS nº 985	05.08.1999	Cria o Centro de Parto Normal.
Portaria GM/MS nº 569	01.06.2000	Que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria GM/MS nº 693	05.07.2000	Que aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru – Art. 1º.
Portaria GM/MS nº 881 Portaria SAS/MS nº 202 Portaria SAS/MS nº 210	19.06.2001 19.06.2001 20.06.2001	Que criam o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). A Coordenação Nacional do Programa esteve a cargo do Ministério da Saúde e sua realização se deu através de convênio firmado com o Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa da Saúde Mental e Psicossocial (CASA), com a condução técnica do Comitê Técnico de Humanização/MS.
Portaria GM/MS nº 728	14.06.2003	Instituiu o Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos hospitalares de saúde integrantes da rede SUS, com destaque ao atendimento pediátrico.
Portaria GM/MS nº 2406	19.12.2003	Que estabelece o Prêmio Nacional David Capistrano – HumanizaSUS , seus objetivos, o regulamento, os critérios de avaliação e fixando valor, instituindo a PNH .
Portaria GM/MS nº 1000	15.04.2004	Define Hospitais de Ensino e Requisitos para Certificação – Art. 6º, inciso XV.
Portaria GM/MS nº 1005	27.05.2004	Regulamenta a Certificação de Hospitais como de Ensino – Art. 1º, inciso XV, letra a.
Portaria GM/MS nº 453	24.03.2005	Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos mediante a celebração de convênios e instrumentos congêneres – capítulo 1, inciso 1.4.
Portaria GM/MS nº 635	10.11.2005	Regulamento Técnico para Implantação e Operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos no SUS e inclui modelo de alocação de recursos financeiros – Anexo II – Item I – letra d
Portaria GM/MS nº 3123	07.12.2005	Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS – Anexo IV – Item b – nº 1.
Portaria nº 399	27.02.2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.
Portaria GM/MS nº 2400	02.10.2007	Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Art. 7º, inciso XV – Anexo II – referente ao inciso XV – letra a.
Portaria GM/MS nº 3.136	24.12.2008	Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do SUS, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento.

Fonte: Mardock (2018, p. 56), com base em Matoso (2010).

Percebe-se que a PNH efetiva-se nas práticas de saúde, juntamente com os princípios do SUS, compondo uma política comprometida com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformações e criações de realidades em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Nesse percurso de construção do SUS, em 2000 foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

No período de junho a dezembro de 2000, com o objetivo de desenvolver e validar uma metodologia de humanização da atenção hospitalar, que pudesse posteriormente ser estendida a toda rede de hospitais do SUS, o MS experimenta perfis de serviços e modelos de gestão, por meio de um Projeto Piloto, composto por 10 hospitais públicos brasileiros, distribuídos em várias regiões do Brasil, com diferentes realidades socioculturais e que possuíam diferentes portes.

No ano de 2003, a Política Nacional de Humanização do SUS foi criada pelo Ministério da Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, Mori e Oliveira (2009), sendo, portanto, uma política do SUS. Também chamada de HumanizaSUS, a PNH emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2007).

No momento em que se assume a humanização como aspecto fundamental nas políticas de saúde urge que o conceito de humanização seja reavaliado e criticado para que possa efetuar-se mudança nos modelos de atenção e de gestão. Tal urgência se configura pela banalização com que o tema vem sendo tratado, assim como pela fragmentação das práticas ligadas a programa Um dos desafios para o século XXI é a necessidade de humanização da saúde.

A adaptação do currículo médico à visão moderna de saúde – através das Novas Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina no Brasil (BRASIL, 2014) – representa uma importante conquista neste aspecto. Além da diversificação dos cenários de aprendizagem – incluindo treinamento junto à comunidade em unidades básicas de saúde, ambulatórios, serviços de emergência e enfermarias de hospitais comunitários (MARTINS, 2006) a consolidação definitiva desse novo olhar para a saúde exige também o incentivo cada vez maior de projetos na área de Medicina Preventiva.

Trata-se de um mesmo problema em uma dupla inscrição teórico-prática, daí a necessidade de redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde. Este segundo aspecto apontou para o debate sobre a dimensão pública das políticas de saúde em sua relação ao estado. O autor se dedica, orientado pela análise foucaultiana do poder, a examinar o conceito de humanização na relação do Estado com as políticas públicas como experiência concreta, afirmando que não há como garantir uma política nacional de humanização da saúde sem que se confronte com o tema do humanismo no contemporâneo. Esta tarefa não é simples, já que o pensamento no século XX foi fortemente marcado por uma crítica anti-humanista, que deve agora ser retomada para que possamos nos reposicionar.

Assim, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, política pública construída para enfrentar e superar os desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde, redesenha e articula iniciativas de Humanização do SUS e enfrenta problemas no campo da gestão e da organização do trabalho em saúde.

É evidente que a evolução científica e técnica dos serviços de saúde não têm sido acompanhada por um avanço correspondente na qualidade do contato humano. Neste contexto surge então à necessidade de se falar de humanização no atendimento em saúde. Tal conceito deve ser analisado, proposto, estudado e aplicado ainda durante a formação dos futuros médicos e

inserido nas práticas hospitalares, postos de saúde, asilos, escolas, dentre outros espaços de atendimento à população.

Na efetivação dessa política pública de saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu alguns princípios norteadores como: valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social garantindo os direitos dos cidadãos; realização de trabalho em equipe multiprofissional; construção de redes cooperativas; fortalecimento do controle social; valorização da ambiência possibilitando um saudável ambiente de trabalho (BRASIL, 2006^a, p. 39).

A humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos usuários e de sua rede social), diálogo entre os profissionais, todos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade sustente construções coletivas, que suponha mudança entre seus componentes²⁰.

A humanização como proposta de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde “[...] coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas” (SANTOS FILHO, 2007, p. 1001).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 21):

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). É também garantir o acesso dos

²⁰ HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização: Eixo norteador nas práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf. Acesso em 15 nov 2017.

usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.

A PNH vem contribuir para que as ações de saúde aconteçam, de forma a garantir que os cidadãos, nesse processo, sejam acolhidos em seus direitos e necessidades de saúde, fazendo-se necessário o aprimoramento e crescimento do pessoal docente e, conseqüentemente de discentes, isso por se entender que a educação é uma etapa fundamental para a formação continuada de um profissional comprometido e competente com o ensino-aprendizagem.

O acolhimento implica num acesso adequado à rede de serviços, a ouvir o usuário com atenção, ao modo como é recebido e incluído em todas as unidades da rede pública de saúde. Historicamente, o acolhimento aparecia, algumas vezes, em atitudes voluntárias, em profissionais reconhecidos como bondosos e, em outras, imbuído de conotações de favor. Com isso, o usuário não percebia aquela “atenção” como direito. “O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2006b, p. 18).

As perspectivas teórico conceituais e normativa legal destacadas subsidiou pensar- refletir sobre o tema do estudo Política de Humanização do SUS na formação médica no interior da Amazônia. Para operacionalizar os objetivos elencados na apresentação, apoiou-se em constructos metodológicos, que serão abordados no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA DO ESTUDO

Sabendo-se que toda pesquisa surge a partir de um problema no qual se faz necessário percorrer o caminho metodológico para alcançar respostas à sua problemática, torna-se imprescindível descrever esse processo, dando ênfase na abordagem e tipo de estudo assumidos, *locus*, delimitação e participantes da pesquisa empírica, bem como seus procedimentos metodológicos, anunciando suas fases e dimensões de estudo, detalhando os instrumentos de produção e análise dos dados, sem perder de vista os procedimentos éticos.

2.1 Abordagem e tipo de estudo

Essa pesquisa é de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com recorte micro etnográfico e suporte da pesquisa - ação colaborativa. É qualitativo-descritiva, por envolver uma abordagem interpretativa e naturalística. Acredita-se ser esta a que se adequa a proposta investigativa, considerando que a pesquisa qualitativa estuda coisas em seu ambiente natural, tentando dar sentido ou interpretar os fenômenos, segundo o significado que as pessoas lhe atribuem (DENZIN; LINCOLN, 1994).

A abordagem qualitativa é um caminho “coerente” para uma proposta de pesquisa que busca investigar e contribuir para a ampliação de conhecimentos científicos em contextos sociais, reduzindo a distância entre pesquisador e pesquisado, entre teorias e dados, entre contexto e ação, isso nos remete a uma

pesquisa interpretativa do “comportamento dos indivíduos engajados na ação social” (TEIXEIRA, 2005, p. 139).

De acordo com Minayo (2005), a pesquisa qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com atores sociais envolvidos. Ela possibilita interpretações que façam jus à complexidade da realidade, que pode ser mudada a partir da observação de seu próprio movimento. A abordagem qualitativa pôde ser realizada por meio do estudo de caso, da pesquisa documental e da etnografia.

Assim, esta pesquisa é um estudo de caso institucional particular e micro etnográfico. Segundo Minayo (2014, p.164), “Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão [...]”.

Quanto ao estudo micro etnográfico, em conformidade com Arnal, Rincón e Latorre (1992, p. 209): “La microetnografía. En el estudio de casos se refiere al estudio de una unidad muy pequeña de una organización, no de una actividad [...]”. Ou seja, a microetnografia se conforma com este estudo na medida em que subsidia uma observação de dentro para fora, onde a pesquisadora vivencia as situações que circundam o objeto pesquisado, e, não somente uma atividade isolada.

Com relação à pesquisa-ação colaborativa, para Zeichner (1998) ela viabiliza o envolvimento entre o pesquisador e demais parceiros envolvidos no estudo, em que todos podem participar da reflexão e da análise dos dados. Em concordância com Magalhães e Liberali (2011, p. 299 - 300), a pesquisa colaborativa se configura como:

[...] espaço para autoconhecimento e para novas produções; como contexto de empoderamento, mas também, e centralmente, como espaço de criticidade dos diferentes modos de ser profissional, de pensar e

agir, na relação com outros; dos modos como entendem seus papéis na atividade com base em experiências sócio históricas acadêmicas e políticas.

A pesquisa colaborativa, através da reflexão crítica da realidade educativa, possibilita a produção de conhecimento e o desenvolvimento profissional. Nesse sentido, consoante com Kemmis (1986 *apud* IBIAPINA, 2007, p. 309), na pesquisa-ação colaborativa “[...] pesquisador e professores se tornam mais autoconscientes a respeito da situação em que estão inseridos, fundamentados pela visão e compreensão crítica do fazer educativo”.

2.2 *Lócus* e delimitação do estudo

O *lócus* da pesquisa é o Campus XII da Universidade do Estado do Pará (UEPA), mais especificamente o curso de Medicina, no município de Santarém, Pará.

Fundada em 22 de junho de 1661, Santarém é uma das cidades mais antigas da região amazônica. Em 1758 foi elevada à categoria de vila e, quase um século depois, em consequência de seu notável desenvolvimento, foi elevada à categoria de cidade em 24 de outubro de 1848. Pertencente à mesorregião do Baixo Amazonas, Santarém situa-se na confluência dos rios Tapajós e Amazonas e está localizada à 800 km das duas principais metrópoles da Amazônia (Belém e Manaus). É conhecida poeticamente como “*Pérola do Tapajós*” (ver figura 6).

Figura 6 – Foto do encontro das águas em frente a cidade de Santarém/PA



Fonte: Disponível em <https://www.google.com.br/search?imagem+da+frente+da+cidade+de+Santar>; acesso em 10 dez 2018.

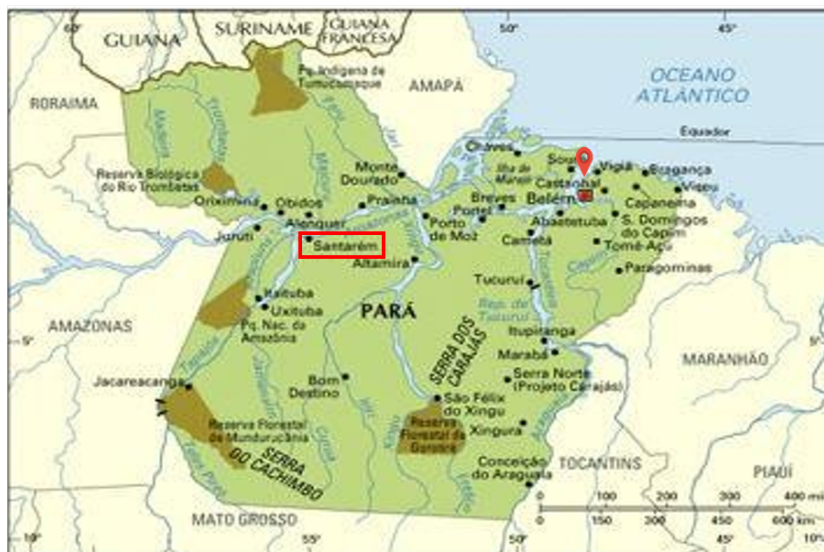
Sua população foi estimada em 296 302 habitantes, sendo o terceiro município paraense mais populoso, o sétimo mais populoso da Região Norte e o 83º mais populoso município do Brasil. No estado, fica atrás somente da capital, Belém e de Ananindeua, tornando-se o principal centro urbano, financeiro, comercial e cultural do oeste do estado (IBGE, 2017). (ver mapas 3 e 4).

Mapa 3 – Região Norte do Brasil: eixo Manaus – Santarém – Belém



Fonte: Geomapas editora de mapas. Disponível em <https://www.google.com.br/search?norte+do+brasil>; acesso em 10 dez 2018.

Mapa 4 –Localização do Estado do Pará



Fonte: Disponível em: <https://www.google.com.br/search?mapa+do+Par%C3%A1+cidades&gsl>; Acesso em: 10 nov. 2017.

Assim, Santarém (grifo nosso) é considerada cidade polo universitário na região oeste, sendo o segundo município do Pará, com maior número de universidades com 16 instituições de ensino superior, com 69 cursos, incluindo os semipresenciais, ficando atrás apenas da capital Belém, e seguida do município de Marabá, que é a terceira²¹. Dentre as IES, duas delas são públicas, uma a nível federal e a outra estadual.

A Universidade do Estado do Pará (UEPA), foi criada com a missão de produzir, difundir conhecimentos e formar profissionais éticos, com responsabilidade social, para o desenvolvimento sustentável da Amazônia (UEPA, 2015, p. 2):

Criada por meio da Lei Estadual nº 5747 de 18/05/1993, sendo autorizada a funcionar através do Decreto Federal datado de 04.04.94. É uma instituição

²¹ Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Gestão e Tecnologia, da Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento (Semde), no município de Santarém, oeste do Pará em 2014.

pública estadual organizada como autarquia de regime especial e estrutura multicampi, gozando de autonomia didático-científica, administrativa, disciplinar e de gestão financeira e patrimonial. Sua existência tem origem na Fundação Educacional do Estado do Pará (FEP) que, a partir de 1961 passou a ser a entidade mantenedora do ensino superior estadual. Porém, o ensino superior estadual surgiu em 1944, com a criação da Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”. Em 1970, foram implantadas a Escola Superior de Educação Física (ESEFPA) e a Faculdade Estadual de Medicina do Pará (FEMP). Posteriormente, em 1983, foi criada a Faculdade de Educação (FAED) e no ano de 1989 o Instituto Superior de Educação do Pará (ISEP). Portanto, a UEPA se origina da junção dessas instituições de ensino estadual.

Quanto ao Campus XII – Santarém (ver mapa 5), foi inaugurado no dia 22 de outubro de 1998, iniciando suas atividades apenas com o Curso de Educação Física. Posteriormente, foram instalados novos Cursos, como Música (2000), Enfermagem (2001) e Fisioterapia (2002) (UEPA, 2015). Para atender as necessidades da região Oeste do Pará, promovendo o Desenvolvimento Amazônico “O Governo do Estado do Pará, sensível às necessidades prementes da sociedade de Santarém, município do Pará, solicitou à Universidade do Estado do Pará a viabilidade e expansão do Curso de Medicina no referido município” (UEPA, 2005, p. 23).

Mapa 5 – Localização da UEPA Campus XII – Santarém



Fonte: <https://www.google.com.br/maps/splacuniversidadedoestado>. Acesso em: 07 nov. 2017.

A UEPA aceitou em 2002 o desafio do Governo do Estado para expandir o curso de Medicina para o interior do estado, baseada também na distribuição desigual de médicos no Brasil, principalmente no que se refere à Região Norte, como já anunciado no capítulo anterior.

Essa realidade revelou que há vários municípios de até 50 mil habitantes sem médicos no Pará, contribuindo para altos índices de vários agravos de saúde (UEPA, 2005).

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

No momento em que houve a expansão do curso de Medicina da UEPA para Santarém, em 2006, após uma ampla construção e reestruturação do Campus XII, foi elaborado um novo modelo pedagógico para o curso, aliando a formação e a prática profissional, incorporando práticas do sistema

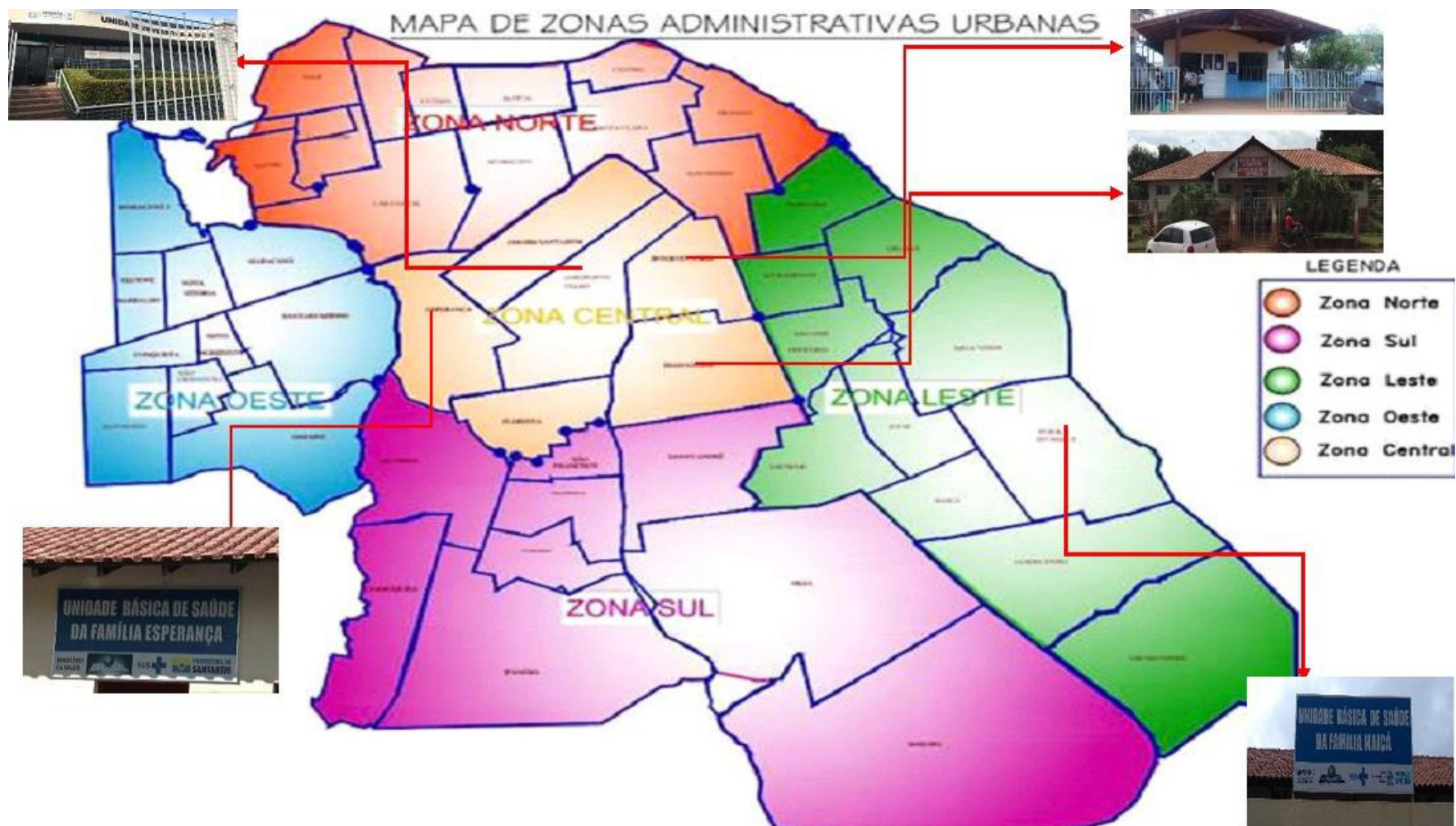
de saúde e especificidades das comunidades em que esses futuros profissionais seriam inseridos. O currículo foi organizado para ter uma maior integração e articulação do conhecimento, tendo como perfil do egresso as características do médico generalista recomendado pela DCNs de 2001. Além disso, o modelo pedagógico sustentado na integração do currículo adotava metodologias de ensino- aprendizagem centradas no aluno, preparando-o para a autoeducação permanente num mundo de constante renovação da ciência, utilizando a Aprendizagem Baseada em Problemas como técnica de ensino (UEPA, 2015).

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

Assim, o novo Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina da UEPA passou por essa revisão a fim de atender às DCNs (BRASIL, 2014), enfatizando, dentro da educação em saúde, que o graduando deveria visar sua autonomia intelectual, utilizando múltiplas estratégias de aprendizagem, consolidando, dessa forma, o método de ensino utilizado pela Instituição de Ensino Superior (IES). Neste contexto, a nova proposta pedagógica vai além da visão pragmática do atendimento ao usuário, na contextualização do processo ensino e aprendizagem, conjecturando-se a sensibilidade do aprender, pois as universidades públicas trabalham com a tríade Ensino, Pesquisa e Extensão. Com isto, os acadêmicos passaram a ter a oportunidade de vivências em área Comunitária e/ou Preventiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS), desde as séries iniciais, situadas em 5 (cinco) Zonas Administrativas do município.

A UEPA fica localizada na Zona Norte, e das 6 (seis) UBS que são desenvolvidas todas as atividades referentes aos módulos GIESC e INC - delimitação do estudo em questão, apenas 1 (uma) é na Zona Rural do Município, na Comunidade de Alter do Chão. As outras 5 (cinco) estão distribuídas: 1 (uma) na Zona Leste, no Bairro do Maicá e 4 (quatro) estão localizadas na Zona Central, sendo que essas unidades ficam nas proximidades da IES estudada.

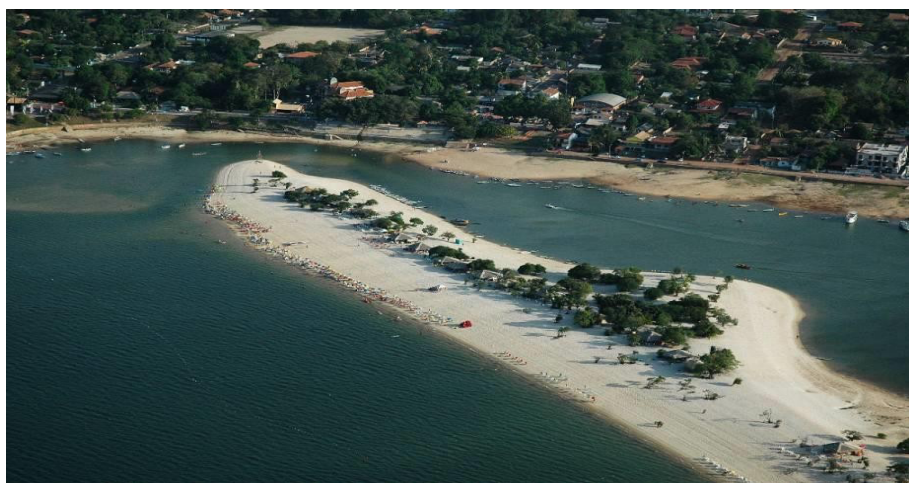
Mapa 6 – Zonas administrativas urbanas de Santarém e as UBS que atendem alunos da UEPA – Campus XII



Fonte: Informações no site da Prefeitura Municipal de Santarém, 2018.

Alter do Chão é um dos distritos administrativos do município de Santarém, na região do oeste do estado do Pará. Localizado na margem direita do Rio Tapajós, dista do centro da cidade cerca de 37 quilômetros, através da rodovia Everaldo Martins (PA-457). É o principal ponto turístico de Santarém, pois abriga a mais bonita praia de água doce do mundo (ver figura 7), conforme o jornal inglês *The Guardian*, ficando conhecida popularmente como *Caribe Brasileiro*²².

Figura 7 – Foto da Ilha do Amor, na Vila em Alter do Chão – Santarém/PA



Fonte: Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=imagem+de+alter+do+ch%C3%A3o&tbm=isch&tbo=u&source=univ&csa=X&ved=2ahUKEwiv2faUnZXfAhXGE-5AKHS4oADkQsAR6BAgEEAE&biw=1350&bih=609#imgrc=QM11 PhLhpFyCSM>: acesso em 10 dez de 2018.

No mapa 7, apresenta-se a localização da Vila de Alter do Chão no mapa de Santarém, onde funciona a UBS rural, com atendimento à discentes do campus XII da UEPA, matriculados nos módulos INC e GIESC.

²² Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Alter_do_Ch%C3%A3o_\(Santar%C3%A9m\)#Refer%C3%Aancias](https://pt.wikipedia.org/wiki/Alter_do_Ch%C3%A3o_(Santar%C3%A9m)#Refer%C3%Aancias)

Mapa 7 – Localização da UBS de Alter do Chão, no município de Santarém/PA



Fonte: http://www.santarem.pa.gov.br/arquivosdb/basico1/0.88841884_mapa_para. Acesso em: 07 nov. 2017.

O diferencial do GIESC/INC em Alter do Chão, segundo a fala da docente participante do estudo, é a valorização da atenção primária, por se tratar de peculiaridades de uma Vila.

Os alunos gostam bastante, em geral quando eles voltam depois do internato, porque já tinha o INC/GIESC antes de eu entrar, que o Fred era professor e ele já recebia os alunos, então quando entrei, já tinha muito interno que tinha passado pelo INC/GIESC, então vejo um diferencial, porque eles valorizam mais a atenção primária, entendem que aqui a gente tenta ser bem mais resolutivo, tenta ter pouco encaminhamento, resolver mais aqui, então as vezes vejo quem não passou que vem do internato, e quem passou, e quem não passou em geral quer encaminhar, mais a gente vai discutir os casos, e eles já querem passar para o secundário, e quem passou no GIESC, consegue ter uma noção maior de como é uma atenção primária mais resolutiva, então eles entendem que a gente pode resolver muita coisa aqui, então que vejo de mais diferente é isso, quando eles não passam aqui e de quando não passam (P6-F37, 2017).

De acordo com a fala da participante, percebe-se que está em consonância com o previsto no Plano de Desenvolvimento Institucional da Universidade:

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

Assim, este estudo de caso assumiu como objeto a Política de Humanização do SUS na formação médica, a partir dos módulos INC e GIESC, desenvolvidos durante os 8 (oito) semestres no curso de Medicina da UEPA – Campus Santarém, dada a importância que eles assumem para o processo formativo dos futuros médicos dessa universidade amazônica.

2.3 Participantes do estudo

É importante enfatizar que para desenvolver a pesquisa foi realizado o recorte temporal de 2014 à 2017, com 4 (quatro) turmas regidas seu currículo pelo PPP de Medicina da UEPA (2005) e 4 (quatro) turmas pelo PPC Unificado de Medicina da UEPA (2015), sendo incluídos na investigação a coordenadora, os docentes dos módulos INC/GIESC e de Humanidades Médicas.

Assim, como critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo, posterior a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A) os discentes matriculados do 1º ao 8º períodos do curso de medicina do Campus XII da Universidade do Estado do Pará, ou seja, discentes que estavam vivenciando a experiência dos módulos INC/GIESC, assim como os docentes dos referidos módulos, além de uma docente da disciplina Humanidades Médicas e a coordenadora adjunta do curso de medicina quando da realização do estudo empírico.

Foram excluídos do estudo os discentes que reprovaram nos Módulos INC/ GIESC, que estavam no internato e/ou não responderam completamente o questionário da pesquisa (Apêndice B); docentes com licença de afastamento e que encerraram seus contratos, antes do início da pesquisa em 2017; coordenadores do curso de medicina que não estavam na gestão no ano de 2017, ou aqueles que não aceitarem participar da pesquisa empírica.

Vale ressaltar que foi enviado o convite para a população da pesquisa (discentes, docentes e coordenadores do referido curso), levando em consideração o período de 2014 a 2017; no entanto, não tivemos retorno de todos que receberam o referido convite. Também foi agendado um momento na instituição para a aplicação dos instrumentos de pesquisa e aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver apêndice A).

A amostra do estudo foi composta por 97 participantes, destes 09 (nove) docentes, compreendendo 04 (quatro) atuantes no módulo GIESC, 04 (quatro) no módulo INC e 01 (uma) na disciplina Humanidades Médicas, além de 01 coordenadora e 87 discentes matriculados do 1º ao 8º períodos do curso de medicina do Campus XII da Universidade do Estado do Pará, de Santarém-Pará. Com relação à sua distribuição quanto ao Projeto Pedagógico do curso, estão vinculados 38 discentes ao PPP-2005 e 49 discentes ao Projeto Pedagógico do Curso Unificado 2015, demonstrado no quadro 4, a seguir:

Quadro 4 – Os critérios de codificação dos participantes do Estudo

Participantes	Quantidade	Codificação
Coordenadora	01	Coordenadora(a)/ Número de identificação/Gênero/Idade
Docentes	09	Professor(a)/ Número de identificação/ Gênero/Idade
Discentes	87	Curso/Período/Entrada/Número de identificação

Fonte: Mardock (2018, p. 70)

No que se refere a Coordenadora, Docentes e Discentes, a codificação seguiu em ordem numérica, correspondente ao quantitativo de participantes que aceitaram fazer parte no estudo, e assinaram o TCLE, exemplo: C1-F64 (C – Coordenadora, 1 – número de identificação, F - Gênero Feminino, idade - 64 anos), P1-F35 (P – Professora, 1 número de identificação, F - Gênero Feminino, idade - 35 anos), P5-M65 (P – Professor, 5 número de identificação, M – Gênero Masculino, idade - 65 anos), Med-1B.1 (Med – Medicina, 1 - primeiro semestre, B – entrada no segundo semestre, 1 – número de identificação), Med-2A.3 (Med – Medicina, 2 - segundo semestre, A – entrada no primeiro semestre, 1 – número de identificação) e assim sucessivamente, pois o curso oferta 40 vagas anuais, com dupla entrada.

Os traços identitários de cada indivíduo são forjados no seio de cada cultura, segundo Veiga (2015). Para se perceber as contribuições significativas dos participantes do estudo, é imperativo conhecê-los, partindo do princípio que estes atores da saúde estão envolvidos com o ensino-aprendizagem na formação médica.

No que tange a coordenadora do curso, com idade de 64 anos, tem formação *strictu sensu* a nível de Mestrado em Saúde Coletiva, Especialista em Processos Educacionais na Saúde com ênfase em metodologias ativas, Auditoria em Serviços de Saúde, Medicina de Família, Educação Médica, Epidemiologia Para Gerência de Serviços de Saúde e Nutrição em Saúde Pública; é Bacharel em Direito e Médica, concluiu graduação em Medicina em Instituição Pública. Iniciou as atividades docente no curso de medicina, Campus XII – Santarém, desde sua origem em 2006, com o vínculo de temporária e, posteriormente, prestou concurso, sendo aprovada como docente efetiva, acompanhando a implantação do curso e seus projetos pedagógicos. Assume a coordenadora adjunta²³ desde 2015 até a presente data.

No quadro 5, ilustra-se o perfil dos docentes participantes do estudo.

²³ A coordenação do Curso Estudado é adjunta e não recebe nenhum valor adicional para coordenar o curso no Campus, subordinada a Coordenação Geral do Curso que funciona na Capital.

Quadro 5 - Perfil dos docentes participantes do estudo

PSEUDÔNIMO	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO	TEMPO DE DOCENTE	VÍNCULO
P1-F35	Médica ²⁴	Especialista	10 meses	Temporário
P2-F41	Enfermeira ²⁵	Mestre	10 meses	Temporário
P3-M34	Enfermeiro ²⁶	Especialista	18 meses	Temporário
P4-F37	Enfermeira ²⁷	Mestre	10 meses	Temporário
P5-M65	Médico ²⁸	Especialista	12 anos	Efetivo
P6-F29	Médica ²⁹	Especialista	02 anos	Temporário
P7-M66	Médico ³⁰	Mestre	12 anos	Efetivo
P8-F35	Médica ³¹	Especialista	01 ano	Temporário
P9-F43	Psicóloga ³²	Mestre	04 anos	Temporário

Fonte: Mardock (2018, p. 71)

Com relação à titulação, de nove docentes participantes quatro têm mestrado, todos têm especialização *lato sensu* variando entre uma a seis, sendo suas formações iniciais em Enfermagem, Medicina e Psicologia,

²⁴ Farmacêutica e Médica; Especialista em Farmacologia;

²⁵ Mestrado em Saúde Coletiva e Especialista em Antropologia da Saúde;

²⁶ Especialização em andamento em UTI neonatal, pediátrica e adulta; Oncologia e Urgência e Emergência;

²⁷ Mestre em Bioengenharia; Doutoranda em Biomedicina, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva, Enfermagem Cardiovascular;

²⁸ Médico; Especialista em Educação Médica; Epidemiologia; Doenças Infecciosas Parasitárias e Tropicais e Saúde Pública;

²⁹ Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Especialização em Cuidados;

³⁰ Mestre em Doenças Tropicais; Especialista em Regulação em Saúde; Educação Médica; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Administração Hospitalar e Saúde Pública;

³¹ Especialista em Saúde da família;

³² Mestre em Ensino e Saúde na Amazônia – ESA; Especialista em Pós-Graduação Lato Sensu- Especialização em Processos Educacionais na Saúde Clínica Psicanalítica com Crianças; Avaliação Psicológica e Neuropsicológica; Clínica Psicanalítica: Conflito e Sintoma; Prática Psicanalítica na Psicose e Terapias Corporais.

uma participante com Residência, formação em Medicina e quatro com especialização *lato sensu*, com até duas especializações, suas formações iniciais Enfermagem e Medicina. Em relação ao tipo de instituição que realizaram sua formação acadêmica, seis cursaram a graduação em instituição pública e três em instituição particular.

Constata-se que apenas uma docente exerce atividades profissionais somente na UEPA, os demais em consultórios, ambulatórios, hospitais ou em outras instituições de saúde e/ou ensino. No que tange ao sexo, sete são feminino e dois masculinos, com idades entre 29 e 66 anos, com maior predominância a idade dos 30 anos. Veiga (2015, p. 42) afirma que “a idade cronológica é associada às fases da vida, organizando-se socialmente, de maneira diversificada, e revelando processo de investimento ou desinvestimento na carreira”. Com relação ao grupo pesquisado, a maioria encontra-se em plena fase produtiva. Sendo que dois deles são efetivos e sete temporários, todos são lotados 40 horas semanais, sendo que são lotados com 18 à 24 horas semanais em sala de aula, nenhum deles tem regime em Tempo Integral com Dedicção Exclusiva (TIDE). “Porque nós temos poucos docentes efetivos, e ao mesmo tempo nós temos uma enorme rotatividade de docentes, isso é um problema, uma dificuldade algo que a universidade precisa ver com atenção” (C1-F64, 2017).

Segundo Sales (2016), a partir das manifestação do discurso nota-se que variáveis implicam negativamente no processo de formação médica da instituição, a rotatividade profissional devido aos contratos temporários com a instituição e a não abertura de editais para concursos públicos, para a contratação efetiva de docentes. Tais questões resultam na “proletarização da profissão, decorrente da intensificação das tarefas, dos baixos salários e das condições precárias de trabalho” (VEIGA, 2015, p. 43), além da “tendência do professor sem dedicação exclusiva a não investir em pesquisa, fator que impede sua inserção em comunidades acadêmicas plenas, com participação no ensino, na pesquisa e na extensão, bem como na gestão da instituição” (VEIGA, 2015, p. 43).

No Estatuto e Regimento Geral da UEPA (2015, p.48), em seu Art. 93, os integrantes do corpo docente da Universidade ficarão submetidos a um dos seguintes Regimes de Trabalho:

2.2.0.1 Tempo Parcial (TP) com obrigação de prestar vinte horas semanais de trabalho;

2.2.0.2 Tempo Integral (TI) com obrigação de prestar quarenta horas semanais de trabalho;

2.2.0.3 Tempo Integral com Dedicção Exclusiva (TIDE), com obrigação de prestar quarenta horas semanais de trabalho, em dois turnos completos, e a proibição de exercer qualquer outra atividade remunerada pública ou privada.

Se, de um lado a atuação na saúde é positiva, por possibilitar a relação entre o exercício na saúde e o da docência, por outro, o acúmulo de duas, ou até três, jornadas de trabalho com sobrecarga quantitativa, resultante do excesso de atividades e da obrigatoriedade de cumprimento do compromisso laboral, vai provocar a intensificação do trabalho do médico-docente, podendo interferir na qualidade dos processos de ensinar, aprender, pesquisar e avaliar (VEIGA, 2015).

Assim, o corpo docente do Curso estudado atende em parte ao que preconiza a LDB, quando menciona que “a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado” (LDB 9.394/96, art. 66, apud BRASIL, 1996). Desta maneira, a educação médica vem se transformando, à medida que cresceu a percepção de que sem profissionais formados com um novo perfil se tornava muito difícil a tarefa de reorganizar modelos de atenção à saúde, em conformidade com o preconizado pelo SUS, identificado com os princípios de integralidade, humanização, qualidade da atenção etc. (BRASIL, 1988; PAIM, 1994).

Quanto aos discentes pesquisados, do grupo do GIESC, 43% são do sexo feminino e 57% do sexo masculino, com idades variando entre 18 e 38 anos, dos quais tem maior predominância a idade dos 20 anos. 47% deles são oriundos de escolas públicas e 53% de escolas privadas, destes 49 que aceitaram a

participar do estudo, 6% possuem outra graduação, Enfermagem e Fisioterapia, um deles além da graduação, possui também especialização *lato sensu*.

Quanto aos discentes do INC, 47% são do sexo feminino e 53% do sexo masculino, com idades entre 20 a 31 anos, dos quais tem maior predominância também a idade dos 20 anos. Onde 26% são oriundos de escolas públicas e 74% de escolas privadas; destes 38 que aceitaram a participar do estudo, 3% possuem outra graduação, principalmente na área das Ciências Biológicas e da Saúde, destacando-se os cursos de Enfermagem e Fisioterapia. No quadro 6, ilustra-se o perfil dos discentes pesquisados.

Quadro 6 – Perfil dos discentes participantes do estudo

TOTAL	GÊNERO	IDADE	ENSINO MÉDIO	NATURALIDADE			
GIESC							
49	21 Feminino 28 Masculino	18 a 38 anos	26 Privado 23 Pública	36 Santarém	73%	01 Rio de Janeiro	2%
				04 Belém	8%	01 Minas Gerais	2%
				02 Itaituba	4%	01 São Paulo	2%
				02 Oriximiná	4%	01 Tocantins	2%
				01 Castanhal	2%		
INC							
38	18 Feminino 20 Masculino	20 a 31 anos	28 Privado 10 Pública	22 Santarém	58%	01 Marabá	3%
				06 Belém	16%	01 Macapá	3%
				02 Altamira	5%	01 Imperatriz	3%
				01 Dom Eliseu	3%	01 Porto de Moz	3%
				01 Uruará	3%	01 Rio Grande do Sul	3%
				01 São Paulo	3%		

Fonte: Mardock (2018, p. 73)

Estes dados correspondem à publicação Estatística de Gênero (IBGE, 2011), e ambos os grupos apresentam que as estudantes eram a maioria entre as/os universitárias/os no ensino superior, correspondendo 53% das matrículas. Conforme o IBGE (2011), o número maior de mulheres tende a se manter em todas as regiões do país, contudo, nesse estudo a predominância foi do gênero masculino.

As informações referentes à faixa etária dos pesquisados condizem com os dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2015), onde 58,5% dos estudantes do ensino superior encontravam-se na faixa etária até 25 anos, confirmando que uma parcela significativa dos estudantes de graduação é constituída por jovens.

No que se refere à naturalidade de ambos os grupos, 67% dos entrevistados são naturais de Santarém, destes 23% declararam naturalizados de 8 (oito) municípios do estado do Pará, incluindo a capital, e 10% declararam vir de 8 (oito) estados brasileiros, ou seja, demonstram que a maior parte dos entrevistados nasceu e mora em Santarém, não precisando se deslocar para outras cidades para cursar o nível superior. Em âmbito nacional, 56,67% dos acadêmicos são naturais dos municípios onde cursam a universidade, o que leva a constatação que a política de democratização do acesso à educação superior está atingindo todas as regiões brasileiras (ANDIFES, 2016).

Acerca da influência na decisão de fazer o curso de Medicina, no módulo GIESC 67% (33) escolheram o curso por “realização pessoal”, 31% (15) dos discentes afirmaram que a escolha do curso decorreu da “realização profissional”, para 2% a escolha foi pela “ascensão profissional”; no módulo INC, 13% (5) escolheram o curso por “realização pessoal”, 58% (22) dos discentes afirmaram que a escolha do curso decorreu da “realização profissional”, 11% (7) a escolha decorreu de “ascensão profissional” e apenas 10% (4) do “família” (ver gráfico 1).

Gráfico 1 – Comparativo dos módulos GIESC/INC do curso estudado sobre a influência na decisão de fazer Medicina



Fonte: Mardock (2018, p. 74)

2.4 Fases e momentos da pesquisa

A pesquisa ocorreu em duas fases, sendo a 1ª denominada “Fase Exploratória” e a 2ª “Fase Colaborativa”.

A Fase Exploratória ocorreu no período de fevereiro à outubro de 2017. Esta fase foi realizada em quatro momentos:

1º Momento: Estudo da legislação e documentos norteadores do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), dentre eles teve-se:

- Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001);
- Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, (RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014);
- Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina para o Município de Santarém Pará (UEPA, 2005);
- Projeto Político do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará – (UEPA, 2015).

Assim, mapear as alterações do PPC-2015 em relação ao PPP-2005 do Curso de Medicina do Campus XII – Santarém.

2º Momento: Contato com o *lôcus* do estudo, para estabelecer o contato via ofício destinado à Coordenadora do Campus XII – Santarém (Anexo A) e Coordenadora Adjunta do Curso de Medicina do Campus XII – Santarém (Anexo B), a fim de solicitar autorização para a realização da pesquisa empírica.

3º Momento: Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

4º Momento – Após aprovação do CEP, buscou-se a aproximação com os participantes da pesquisa.

Quanto a Coordenadora do curso e docentes dos Módulos INC/GIESC, agendou-se uma reunião para apresentação do estudo; posteriormente, procedeu-se com a entrevista escrita e gravada, (Apêndice C e D) a fim de verificar a percepção deles em relação ao processo de humanização na formação médica.

Com os discentes do curso que aceitaram participar do estudo foram aplicados questionários padrão PRAXIS (Apêndice B), com a finalidade de levantamento de dados, permitindo-nos traçar um perfil profissional e a presença da política de humanização a partir dos módulos INC e GIESC na formação do futuro médico da UEPA – Campus XII.

A Fase Colaborativa, segunda fase da pesquisa empírica, ocorreu no período compreendido entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018, em quatro momentos, com a finalidade de implantar o Grupo de Formação Reflexiva (GFR) junto aos docentes da instituição pesquisada. Esta fase teve como base as etapas da Pesquisa-Ação Colaborativa, delineadas nos estudos de Xabregas (2015, p. 81) e “desenvolvidas junto às professoras de Educação Infantil, no âmbito do programa PROUCA, na escola pública municipal de ensino fundamental Irmã Leodegard, por delinear com precisão a proposta de pesquisa envolvendo diretamente os participantes do estudo” (ver apêndice E).

A princípio, realizou-se um encontro onde os participantes foram convidados para tomarem conhecimento acerca dos objetivos e finalidades da pesquisa, que chamamos de “Sensibilizar”. O segundo encontro foi o evento Diálogos Interdisciplinares: Experiências de Formação no Ensino Superior, momento que contou com a participação da Professora Doutora Ilma Passos Alencastro Veiga³³, ministrando uma palestra com o tema “Metodologias Ativas e Formação no Ensino Superior”. O terceiro foi a avaliação do semestre letivo e andamento das atividades nos módulos INC e GIESC; o quarto momento ocorreu o Planejamento Docente para 2018, como ilustrado no quadro 7, a seguir.

³³ Possui Bacharelado e Licenciatura em Pedagogia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Goiás (1961), Licenciatura em Educação Física pela Escola Superior de Educação Física de Goiás (1967), mestrado em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (1973), doutorado e pós-doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (1988). Atualmente é membro da Comissão de Supervisão Pedagógica dos Cursos de Formação de Professores na área de Pedagogia da Secretaria de Educação Superior, do Ministério de Educação, disponível em CV: <http://lattes.cnpq.br/6327759575768070>.

Quadro 7 – Encontros colaborativos com a coordenação e docentes do curso estudado

	Encontros Colaborativos	Ações	Objetivos	Participantes
Observação e Participação Colaborativas	1º Encontro Sensibilizar	Sensibilização dos participantes do estudo sobre a Política de Humanização do SUS na formação médica a partir dos módulos INC e GIESC, e os princípios da Pesquisa Colaborativa; Assinatura do TCLE. Planejamento das ações conjuntas dos próximos encontros	Sensibilizar os participantes da pesquisa, mostrando a relevância do estudo Criar o Grupo de Formação Reflexiva Fazer planejamento para os encontros colaborativos	3 Docentes do Módulo INC/ GIESC, 1 coordenadora do curso e pesquisadora
	2º Encontro Diálogos Interdisciplinares: Experiências de Formação no Ensino Superior	Metodologias Ativas: Na formação do Ensino Superior	Proporcionar embasamento teórico com as professoras, sobre as Metodologias Ativas utilizadas no curso de medicina.	2 Docentes, 1 coordenadora do Curso e pesquisadora
	3º Encontro Avaliação do semestre letivo e andamento das atividades no GIESC e INC	Orientação sobre o processo avaliativo nos módulos e sugestões e críticas	Conversar sobre o processo avaliativo nos módulos	3 Docentes, 1 coordenadora do Curso e pesquisadora
	4º Encontro: Planejamento Docente para 2018	Ensino Aprendizagem, através da Política de Humanização do SUS na formação médica, e orientações para o semestre	Planejar o 1º semestre letivo para 2018, com a implantação do Grupo	4 Docentes, 1 coordenadora do Curso e pesquisadora

Fonte: Mardock (2018, p. 76), com base em Xabregas (2015), Ibiapina (2007, 2008), Damasceno (2013) e Brasileiro, Amaral e Velanga (2008).

Os encontros colaborativos tiveram suas ações e objetivos estabelecidos, e as datas para a realização foram acordadas. Planejamos cada encontro com os participantes do estudo, foram realizados no Campus XII da UEPA, sendo três na Sala de Conferência e um no Auditório, contando com a participação de seis docentes. Importante ressaltar que docentes diferentes participaram dos encontros, somente a coordenadora do curso esteve presente nos quatro encontros colaborativos. Com isto, a proposta de instalação do Grupo de Formação Reflexiva com os docentes do curso estudado, não foi efetivada, porém, não impossibilitou a fase colaborativa da pesquisa.

2.5 Instrumentos e dimensões do estudo

Para a coleta dos dados utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, aplicada a coordenadora adjunta do Curso de Medicina e aos docentes INC/GIESC, e o questionário padrão PRAXIS com aos discentes dos 1º ao 8º períodos do referido Curso, além da análise de documentos legais vigentes que normatizam a política de humanização do SUS na formação médica. A seguir, passa-se a detalhar cada um dos instrumentos para o estudo.

Consoante com Oliveira (2011), a entrevista semiestruturada pode ser definida como uma lista das informações que se deseja de cada entrevistado, mas a forma de perguntar (a estrutura da pergunta) e a ordem em que as questões são feitas irão variar em conformidade com as características de cada entrevistado.

Geralmente, a entrevista semiestruturada baseia-se em um roteiro constituído de “[...] uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.188), apoiada no quadro teórico, nos objetivos e nas hipóteses da pesquisa, quando existem. Oliveira (2011) complementa afirmando que durante a realização da entrevista é importante seguir algumas recomendações, tais como fazer boas perguntas e interpretar as respostas; ser um bom ouvinte, não deixando se enganar por ideologias e preconceitos, no sentido de buscar a “objetivação” (LAVILLE; DIONNE, 1999 p. 188).

Foi aplicado um questionário com perguntas fechadas e abertas. De acordo com Oliveira (2014, p. 83):

O questionário pode ser definido como uma técnica para obtenção de informações sobre sentimentos, crenças, expectativas, situações vivenciadas e sobre todo e qualquer dado que o pesquisador (a) deseja registrar para atender os objetivos de seu estudo. Em regra geral, os questionários tem como principal objetivo descrever as características de uma pessoa ou de determinados grupos sociais.

Nesse sentido, ao se planejar o questionário deve-se ter o cuidado quanto ao número de perguntas, buscando construir questões objetivas. Faz-se necessário, portanto, um olhar criterioso do pesquisador formulando, Oliveira (2014, p. 83) “questões precisas e em número razoável para não ocupar o pesquisado (a) por mais de trinta minutos”.

Marconi e Lakatos (2003) ainda afirmam que o questionário é um instrumento que permite a obtenção de respostas rápidas e precisas com possibilidade mais uniforme na avaliação. Desta forma, de acordo com as ideias dos autores optou-se pela aplicação do questionário.

Lakatos e Marconi (2001) definem a pesquisa documental como uma coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos pertencentes a arquivos públicos, arquivos particulares de instituições e domicílios e fontes estatísticas. Para Gil (1999), este tipo de pesquisa torna-se particularmente importante quando o problema requer muitos dados dispersos pelo espaço. Porém, deve-se ter atenção à qualidade das fontes utilizadas, pois a utilização de dados equivocados reproduz ou, mesmo, amplia seus erros.

Levando em consideração as informações dos autores supracitados, a análise documental para averiguar as relações existentes entre os documentos no que tange a formação humanizada do futuro médico no referido Curso, se deu a partir de documentos como a resolução CNE 03/2014, o PPP do Curso

de Medicina da UEPA Campus XII Santarém (2005) e PPC Unificado do Curso de Medicina (2015).

Com base na tese doutoral de Brasileiro (2002), este estudo está composto por três dimensões, as quais estão constituídas pelos Documentos Legais, pela percepção de Coordenadora e Docentes do curso de medicina estudado, por fim, pela percepção dos discentes sobre seu processo formativo.

- Dimensão 1: Documentos Legais

1) Fontes de informações: PPP - 2005, PPC – 2015, Diretrizes Curriculares Nacionais, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001 e Resolução Nº 03/CNE, 2014 e Estatuto e Regimento da UEPA;

2) Instrumentos de coleta: Pesquisa Bibliográfica e documental;

3) Período de realização: 1º Semestre de 2017.

- Dimensão 2: Coordenação e Docentes do curso de Medicina estudado

1) Fontes de informações: Coordenadora Adjunta do Curso de Medicina Campus XII – UEPA, Docentes do INC/GIESC e Humanidades Médicas;

2) Instrumentos de coleta: Entrevistas semiestruturada;

3) Período de realização: 2º Semestre de 2017.

- Dimensão 3: Discentes do curso de Medicina estudado

1) Fontes de informações: Discentes (1º ao 8º períodos);

2) Instrumentos de coleta: Questionários semiestruturados;

3) Período de realização: 2º Semestre de 2017.

2.6 Análise de dados

Os dados produzidos no estudo empírico, através dos questionários aos discentes, das entrevistas realizadas com a coordenadora e com os docentes, e a

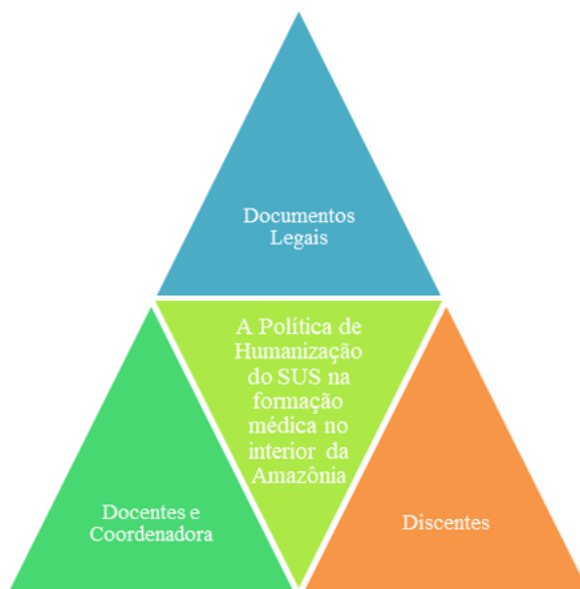
análise documental, foram tabulados e dispostos em quadros e gráficos, com o objetivo de facilitar a leitura das informações e favorecer a análise de conteúdo dos mesmos, com posterior adoção do método de triangulação de dados.

Os dados foram tratados através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) como referência principal, e o método da triangulação descrita por Denzin (1978), que propõe à escolha de dados recorrendo a diferentes fontes, que permitem alinhar as informações para verificar os pontos divergentes ou convergentes das seções estudadas.

Nesta mesma linha de raciocínio, Yin (2001), citado por Oliveira (2011), afirma que a triangulação se fundamenta na lógica de se utilizar várias fontes de evidências. A utilização de várias fontes na coleta de dados é uma necessidade e, ao mesmo tempo, um ponto forte muito importante para estudos de caso. O que serviu para compreensão do processo que envolve a coordenação, docentes e discentes.

Desta forma, é apresentado na figura 8, a seguir, o triângulo utilizado neste estudo, a partir do qual pode-se visualizar as dimensões estudadas, visto que a triangulação na abordagem qualitativa “[...] preocupa-se com a captação interpretativa da ação social.” (MINAYO *et al.* 2005, p. 81), proporcionando à pesquisadora e aos leitores uma visão ampla do processo que envolve o objeto analisado a partir da apreciação de vários elementos que compõem o contexto onde foi efetivado o estudo.

Figura 8 - Elementos da triangulação do estudo



Fonte: Mardock (2018, p. 80), adaptada de Carvalho (2015, p. 49).

Pode-se assegurar que o método da triangulação serviu para uma reflexão compreensiva das informações coletadas dos participantes do estudo, confrontando com a documentação legal, contribuindo assim para alcançar os objetivos deste estudo.

2.7 Aspectos éticos

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

A pesquisadora principal responsabilizou-se em salvaguardar com seguridade as informações para a confidencialidade dos dados da pesquisa. Foi garantida, ainda, aos participantes da pesquisa a liberdade de deixarem de

participar do estudo a qualquer momento, sem que ocorresse nenhuma forma de coação ou represália. Os participantes foram inteiramente informados a respeito do resultado parcial e final da pesquisa, puderam a qualquer momento do estudo ter livre acesso à pesquisadora para esclarecimento de dúvidas.

No estudo houveram riscos de constrangimento, uma vez que ocorreu o contato direto da pesquisadora com os participantes. Para tanto, as entrevistas foram realizadas em espaço reservado, o qual deixou o entrevistado à vontade e onde foram esclarecidos os princípios éticos da pesquisa, dentre eles: o anonimato dos sujeitos.

Mediante ao exposto, espera-se que esta pesquisa proporcione benefícios, podendo subsidiar ações/formações docentes/capacitações dos responsáveis pela efetivação do módulo do curso de Medicina, para melhorar ou potencializar os conhecimentos dos envolvidos no desenvolvimento do Módulo GIESC, podendo proporcionar conhecimentos do tema em estudo, podendo servir para realizar um processo de autorreflexão sobre a prática dos envolvidos, como também no futuro dispor da melhoria da qualidade do ensino-aprendizagem oferecido pelo curso em questão, sobre a política de humanização do SUS na formação do futuro médico.

No capítulo a seguir, busca-se trazer a análise da documentação levantada no estudo empírico.

CAPÍTULO 3

OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DO CURSO DE MEDICINA ESTUDADO E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

A educação médica passa por modificações de toda ordem, na doutrina e na prática da formação profissional conectada à contemporaneidade de um mundo globalizado e condicionada por parâmetros biologicistas, humanísticos e éticos, mas, ultimamente, também pelos aspectos políticos e comunitários relacionados às mudanças nos sistemas e serviços de saúde, na implementação do SUS (BRASIL,1988).

Levando em consideração esta realidade, o projeto pedagógico do curso de Medicina da UEPA (PPC - 2015), em seu Art. 25, preconiza que ele deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, destacando que a IES deverá criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins.

Com isto, apresenta-se neste capítulo a análise dos Projetos Pedagógicos do Curso de Medicina da UEPA – Campus XII - Santarém (PPP 2005; PPC 2015) e das Resoluções CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001 e CNE/

CES Nº 3, de 20 de junho de 2014 - ambas instituem as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, cujos discentes participantes ingressaram por um ou pelo outro projeto.

Segundo Veiga (2002), a análise do projeto político-pedagógico de curso tem sido objeto de estudos para professores, pesquisadores e instituições educacionais em nível nacional, estadual e municipal, em busca da melhoria da qualidade do ensino.

3.1 Projetos pedagógicos do curso estudado

Nessa seção encontram-se os resultados da análise documental referente aos Projetos Pedagógicos do Curso de Medicina da UEPA – Campus XII – Santarém, bem como sua triangulação com a percepção da coordenadora, docentes e discentes do curso sobre os mesmos.

Quando a coordenadora foi questionada sobre os Projetos Pedagógicos do Curso de Medicina, teve-se a seguinte manifestação, “Sim, conheço os dois projetos, o do início do Curso em 2006 e o unificado.” (C1-F64, 2017).

Procurou-se saber a opinião dos docentes em relação ao seu conhecimento sobre os Projetos Pedagógicos do referido Curso. Assim, chegou-se à conclusão que todos os docentes conhecem, e que eles atendem às Diretrizes do SUS para a formação dos profissionais de saúde e às DCNs da área. A seguir, as falas dos docentes pesquisados:

Conheci como acadêmica do curso de medicina o antigo, agora conheço o novo projeto como docente (P1-F35, 2017).

Conheci para participar do Processo Seletivo em 2016 (P2-F41, 2017).

Não conheci o PPP de 2005, sim o que está vigorando em 2017 (P4-F37, 2017).

Conheço os dois projetos o do início do Curso em 2006 tivemos vários treinamentos e capacitações e o último (P5-M65, 2017).

Sim, desde o início do curso e o último também (P7-M66, 2017).

Sou egressa do curso de medicina da UEPA, quando era acadêmica estudava com o PPP antigo, agora como professora que conheci o novo PPP do curso, onde acho que está melhor estruturado (P8-F35, 2017).

Através das falas percebe-se que os participantes dizem conhecer os Projetos Pedagógicos do curso de Medicina, sendo que C1, P5 e P7 afirmam conhecê-los desde o início do curso. Também chama atenção que P1 e P8 revelam conhecer o PPP 2005 enquanto alunas do curso e que conhecem o PPC 2015 como docentes. Já P2 conheceu durante o processo para seleção de professor substituto. Entretanto, percebeu-se que não houve participação dos docentes na construção do mesmo.

Nas falas dos participantes ficou evidenciado que todos tiveram contato, em algum momento, com o PPP e/ou PPC do curso, seja para o Processo Seletivo, como acadêmica ou docente, entretanto, na reformulação do projeto para atender às DCNs 2014 não contribuíram com suas experiências vivenciadas no Campus XII, uma vez que o mesmo foi reformulado pela equipe do campus sede, em Belém - capital do Estado, onde funciona a coordenação geral do curso de Medicina da IES.

Para Veiga (2002), o projeto político-pedagógico vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e de atividades diversas. O projeto não é algo que é construído e, em seguida, arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais como prova do cumprimento de tarefas burocráticas. Ele é construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo. Neste sentido, para (VEIGA, 2002).

O projeto político-pedagógico tem a ver com a organização do trabalho pedagógico em dois níveis: como organização da escola como um todo e como organização da sala de aula, incluindo sua relação com o contexto social imediato, procurando preservar a visão de totalidade. Nesta caminhada será importante ressaltar que o projeto político-pedagógico busca a organização do trabalho pedagógico da escola na sua globalidade.

A partir dos questionários aplicados aos discentes (que estavam cursando entre o primeiro e oitavo períodos do curso) foi possível obter informações acerca dos conhecimentos que possuíam quanto aos projetos pedagógicos do curso de Medicina, uma vez que eles dão as bases para sua formação médica. Como resultados, encontrou-se que 80% dos discentes que estavam matriculados no módulo GIESC afirmaram conhecê-lo e apenas 20% informaram desconhecê-lo; no módulo INC, 76% dos discentes afirmaram conhecê-lo e 24% disseram desconhecê-lo. Constatou-se que mais da metade dos entrevistados conhecia o PPC do curso de estudado (ver gráfico 2).

Gráfico 2- Conhecimento do Projeto Pedagógico do curso estudado pelos discentes do GIESC/INC

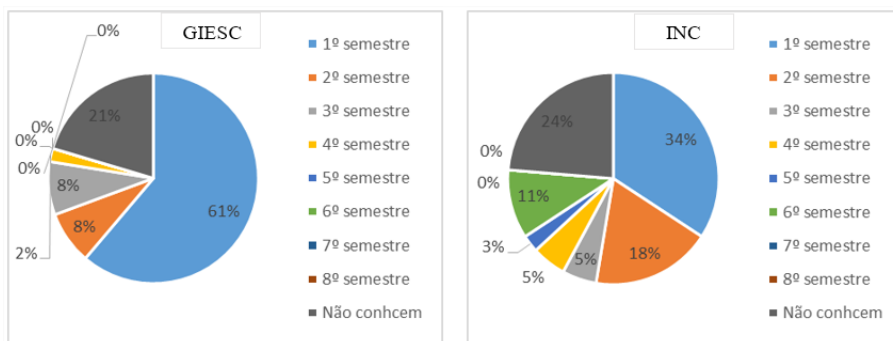


Fonte: Mardock (2018, p. 84)

O Projeto Pedagógico que orienta o Curso de Graduação em Medicina contribui para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural (UEPA, 2015).

Ao serem indagados quanto ao tempo que conhecem o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, os resultados foram que 61% dos participantes do módulo GIESC afirmaram conhecê-lo desde o 1º semestre; 8% a partir do 2º semestre; 8% a partir do 3º semestre; 2% a partir do 4º semestre e 21% informaram desconhecer-lo, número considerado significativo. Já os discentes do módulo INC, 34% deles afirmaram conhecê-lo desde o 1º semestre; 18% a partir do 2º semestre; 5% a partir do 3º semestre; 5% a partir do 4º semestre; 3% a partir do 5º semestre; 11% a partir do 6º semestre e 24% informaram desconhecer-lo. Constatou-se que mais da metade dos entrevistados conhecia o PPC do curso de estudado. Ver gráfico 3, a seguir.

Gráfico 3 - Período que conhece o Projeto Pedagógico, pelos discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 85)

A UEPA Campus XII – Santarém promove desde 2007 a Semana do Calouro, no início de cada Semestre Letivo; essa Semana acadêmica tem como objetivo acolher e promover a integração entre os acadêmicos calouros e veteranos da instituição de forma criativa e dinâmica, apresentando a realidade em que estarão inseridos nos cursos de graduação desse Campus. No decorrer dessa semana, os “Calouros” recebem seus “Kits Calouros”, assim como orientações sobre a Universidade, o Curso, os Espaços Físicos e o Projeto Pedagógico de seu Curso, sendo que ele encontra-se disponível do *site* da IES³⁴.

Sobre os discentes que não conhecem o PPC do curso, pode-se elencar

³⁴ Projeto Pedagógicos dos curso da UEPA, disponíveis no *site* www.uepa.br.com

algumas situações da IES: o candidato à vaga no curso que não foi chamado no listão, pode vir a preencher vaga ociosa, devido a transferência, repetência, desistência... e a IES também disponibiliza vagas através de transferências Internas e Externas (conhecidas como vestibulinho), participantes desse estudo encontravam-se nas situações mencionadas.

Em relação a percepção das alterações realizadas no PPC-2015 em relação ao PPP- 2005 do curso de Medicina, as falas da coordenadora e docentes pesquisados encontram-se abaixo:

Com certeza Santarém *foi a base para essa unificação*, porque na verdade quando Santarém iniciou com uma expansão do curso de medicina de Belém e ao mesmo tempo uma *descentralização para o interior*, ela já iniciou baseada em novas *diretrizes curriculares que era a de 2001* que já vinham preiteando um novo modelo de ensino. O curso de Belém é um curso bem mais antigo que se mantinha de acordo com as diretrizes anteriores. Então quando Santarém iniciou, já iniciou com novas diretrizes então foi baseado todo em uma nova estrutura curricular (C1-F64, 2017).

A gente percebe que com essa mudança os alunos começam a ter acesso a informações que antes não eram vistas no período que eles estão. Então isso abre um pouco pra quando eles chegarem no internato ou então no quarto ano, eles já terem uma outra visão, cheguem sabendo o que devem fazer (P1-F35, 2017).

A mudança que percebi, são os métodos para o PBL, no PPP antigo e no PPC novo, como está agora, a utilização das dinâmicas, os métodos agora, das *metodologias ativas*, elas são um pouco mais diferenciadas, elas usam um pouco mais de recursos tecnológicos mais avançados.

Como não tenho a prática do modelo antigo para o INC para o GIESC, o que busquei fazer, o que estamos realizando em outra instituição, que era com base nas

tecnologias de formação e comunicação para trabalhar o desenvolvimento das ações de saúde. Então tentei buscar o que era mais novo, com o PBL, e as demais metodologias ativas para aplicar (P2-F41, 2017).

Percebo uma diferença grande das DCN antigas de 2001 para a atual 2014 (P3-M34, 2017).

O antigo Projeto já trabalhava com as metodologias ativas, mas o que percebo umas das mudanças foi a *Disciplina Humanidades Médicas* do 1º ao 4º semestre, é realmente essa diferença (P9-F43, 2017).

Em Santarém, o novo projeto começou a vigorar para os ingressantes em 2016 no curso de Medicina, já atendendo as novas DCNs da área. Além das manifestações dos participantes, vale ressaltar que o Módulo INC era anual no PPP 2005, e no PPC 2015, passou a ser chamado de GIESC, havendo o acréscimo de Gestão, Ensino e Serviço, além de também passar a ser semestral, assim como HP, que mudou de anual para semestral o seu oferecimento, com o acréscimo também no currículo das disciplinas PC e HM.

Para UEPA (2005, p. 27), “No momento de expansão do Curso de Medicina justifica-se, portanto, um novo modelo pedagógico para o Curso de Santarém, mudando a organização do currículo, e adotando os princípios constantes das diretrizes curriculares (Resolução CNE/CES Nº 4, de 07 de novembro de 2001)”. Continua defendendo a necessidade de “unificarem-se os projetos pedagógicos e a estrutura curricular, do curso de medicina Belém, Santarém e Marabá, de modo dentre outros, a facilitar inclusive, a mobilização acadêmica, quando necessária” (UEPA, 2015, p. 12).

A fala de C1 chama atenção para o novo modelo de metodologia adotado no curso em Santarém, atendendo as DCNs de 2001, e que serviu de base para a unificação do PPC para os outros cursos de Medicina da IES, conforme descreve UEPA (2015, p. 12):

Portanto considerou-se como referência para a unificação: as adequações as novas diretrizes, a experiência de Santarém, resultando no presente Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UEPA, apresentando-se um modelo de currículo integrador e voltado para as necessidades de saúde da sociedade e do SUS.

Assim, torna-se necessário descrever a estrutura curricular do curso estudado e os módulos, na próxima seção.

3.1.1 Os módulos e estrutura curricular do curso estudado

A estrutura curricular do curso de Medicina tem sua base sustentada no modelo de currículo integrado, apresentando como eixo norteador um enfoque teórico equilibrado entre conhecimentos biológicos e sociais, para compreensão do processo saúde-doença, de forma individual e coletiva (SALES, 2016). Esse currículo integrado deve apresentar áreas desenvolvidas a partir de módulos, sem fragmentação em disciplinas, com prática metodológica baseada na concepção e solução de problemas, e os serviços da rede local e os espaços comunitários como o cenário de práticas.

No curso de Medicina estudado, o eixo Atenção à Saúde e Educação (ASE) está organizado em temas, através dos módulos GIESC e INC, onde buscam uma abordagem interdisciplinar (UEPA, 2015). Do 1º ao 8º períodos, os conteúdos são organizados em problemas que constituem o elemento motivador para o estudo e o momento de integração do conhecimento. Os módulos são realizados por meio das sessões tutoriais, morfofuncional (laboratório), aula temática além de outras atividades utilizando prioritariamente a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABL).

Desta forma, o conceito de Habilidades Profissionais (HP) o exercício da medicina, requer o domínio de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que serão desenvolvidas durante toda a formação médica (UEPA, 2015, p. 61). A seguir, o quadro 8 apresenta os módulos e seus eixos, no curso estudado.

Quadro 8 – Módulos GIESC (PPC 2015) / INC (PPP 2005) no curso estudado

SÉRIE	EIXO	MÓDULOS
GIESC		
1ª a 4ª	Atenção à Saúde e Educação – ASE	Tutorial
		Morfofuncional
		Conferência
		GIESC (Semestral)
		Humanidades Médicas
		Habilidades Profissionais
		Pesquisa Científica
		Atividades Transversais
5ª a 6ª	Modalidade de Estágio obrigatória do Formação em Serviço	
INC		
1ª a 4ª	I – Módulos Temáticos	Tutorial
		Morfofuncional
		Conferência
	II – Eletivas	INC (Anual)
		HABILIDADES PROFISSIONAIS (Anual): Clínicas, Informática e Comunicação.
5ª a 6ª	Modalidade de Internato Médico, com Rodízio nas principais áreas do conhecimento	

Fonte: Mardock (2018, p. 87)

Chama-se atenção para o Módulo de Gestão, Interação Ensino, Serviço e comunidade (GIESC), que é uma unidade desenvolvida semanal e continuamente do 1º ao 8º períodos do curso, sendo “uma proposta educacional que deve basear-se na comunidade e no serviço buscando desenvolver um trabalho em equipe multiprofissional. O ambiente de ensino destes módulos é a comunidade em torno da unidade básica de saúde, incluído, portanto, os grupos sociais, escolas, instituições sociais e famílias entre outras.” (UEPA, 2015, p. 61).

O PPC unificado em 2015 foi acrescido de Pesquisa Científica (PC), que acontece na primeira e segunda séries do curso, com a intenção de subsidiar os estudantes com orientações metodológicas na construção dos trabalhos científicos e projetos de pesquisa, desenvolvendo no discente a capacidade de organizar e estruturar a atividade pesquisada e de expressá-la em linguagem científica compatível, sendo preparado para transmitir o conteúdo pesquisado, assim como Humanidades Médicas (HM), que são desenvolvidas das duas primeiras séries. Estes módulos são desenvolvidos em pequenos grupos e estão organizados em temas, nas áreas das humanidades, relacionadas com a formação do médico, numa abordagem interdisciplinar. (UEPA, 2015, p. 61). Segundo Veiga (2015, p. 229-230):

O currículo da educação médica seja um instrumento de confronto de saberes: o saber científico, indispensável à construção crítica da realidade; o saber profissional, indispensável para o exercício da medicina no contexto do mundo do trabalho; e o saber experimental, construído na prática vivenciada. Nessa direção, o currículo está vinculado ao compromisso social e político. A organização curricular como expressão do projeto pedagógico, além de considerar os fundamentos teóricos e metodológicos, procura também levar em conta as orientações legais, tais como: as DCN's, a proposta metodológica institucional, entre outras.

Já o Módulo INC é uma unidade desenvolvida semanal e continuamente de 1ª a 4ª séries do curso. É uma proposta educacional que deve basear-se na comunidade, buscando desenvolver um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, diferente do GIESC, onde foi acrescentados a gestão e o serviço, passando a ser semestral, assim como Habilidades Profissionais (HP), que no PPC Unificado passou a ser semestral, com o acréscimo de HM e Pesquisa Científica (PC).

O novo Projeto Pedagógico Unificado (2015), delinea um currículo e estrutura curriculares únicas para todos os cursos de Medicina ofertados pela UEPA, quer seja em Belém, no Campus XII - Santarém ou no Campus VIII -

Marabá (UEPA, 2015). Traz-se no seu documento a caracterização e estrutura curricular do curso e o perfil do egresso em harmonia com os documentos legais (DCN 2001 e 2014).

A forma de ingresso aos cursos da UEPA já ocorria através de vestibular próprio, por meio de Processo Seletivo (PROSEL), destinado aos candidatos que haviam concluído o Ensino Médio ou equivalente, ou que estavam concluindo no ano de sua realização, que acontecia em três etapas consecutivas num único ano. O Programa de Ingresso Seriado (PRISE), desde 1997 desenvolvia três subprogramas, cada um relativo a uma série do Ensino Médio, todo dezembro um subprograma concluía com a realização da 3ª etapa, outro é implantado para realizar a 1ª etapa e se mantém o implantado no ano anterior, realizando a 2ª etapa. Em 2016, a UEPA aderiu ao Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). No quadro 9, a seguir, ilustra-se esse processo.

Quadro 9 - Caracterização da forma de ingresso no curso estudado

Forma de ingresso	ENEM
Número de vagas	40 vagas (dupla entrada, 20 por semestre)
Turno de funcionamento	Integral
Modalidade de oferta	Presencial
Título conferido	Médico
Duração	Mínimo 6 (seis) anos e Máximo 9 (nove) anos
Regime	Seriado por módulos semestrais
Carga horária total do Curso	8.060
Período letivo	200 dias letivos

Fonte: Mardock (2018, p. 89), com base no PPC Unificado (UEPA, 2015, p. 60).

A Resolução Nº 3³⁵, de 20 de junho de 2014, em seu Art. 23 coloca que os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade.

³⁵ Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

O Curso de Medicina tem um período mínimo seis anos para conclusão dos estudos, podendo ser integralizado em até nove anos, ainda relacionado à estrutura curricular do Curso de Medicina da UEPA – Campus XII-Santarém, percebe-se que da 1ª a 4ª série são estruturadas por eixos temáticos, dos quais o três Eixos perpassam do 1º ao 8º períodos semestrais, e a 1ª e 2ª séries são acrescidos de Humanidades Médicas e Pesquisa Científica.

Como será apresentado na estrutura curricular do curso estudado, ilustrando no quadro a seguir, o funcionamento de suas quatro séries iniciais. Esse currículo, cuja formação se vinculou ao SUS de forma significativa e a conduta compartilhada definiu as ações multiprofissionais Campos (2005), aponta que currículos transformadores, como definiu Lampert *et al.* (2009), potencializam a formação.

Quadro 10 - Estrutura curricular das quatro séries iniciais do curso estudado

ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO (ASE)						
1ª SÉRIE	INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA MEDICINA	PROLIFERAÇÃO, ALTERAÇÃO DO CRESCIMENTO E DIFERENCIAÇÃO CELULAR	FUNÇÕES BIOLÓGICAS1	FUNÇÕES BIOLÓGICAS 2	METABOLISMO E NUTRIÇÃO	MECANISMO DE AGRESSÃO E DEFESA
	HUMANIDADES MÉDICAS (HM)					
	HUMANIDADES MÉDICA 1			HUMANIDADES MÉDICAS 2		
	PESQUISA CIENTÍFICA (PC)					
	PESQUISA CIENTÍFICA 1			PESQUISA CIENTÍFICA 2		
	HABILIDADES PROFISSIONAIS (HP)					
	HABILIDADES PROFISSIONAIS 1 (HP)			HABILIDADES PROFISSIONAIS 2 (HP)		
	GESTÃO, INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE (GIESC)					
	GESTÃO, INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO COMUNIDADE 1 (GIESC)		E	GESTÃO, INTERAÇÃO COMUNIDADE 2 (GIESC).	ENSINO, SERVIÇO	E
ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO (ASE)						
2ª SÉRIE	CONCEPÇÃO, FORMAÇÃO DO SER HUMANO E GESTAÇÃO	NASCIMENTO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE	VIDA ADULTA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	PERCEPÇÃO, CONSCIÊNCIA E EMOÇÕES	FEBRE, INFLAMAÇÃO E INFECÇÃO	FADIGA, PERDA DE PESO E ANEMIA
	HUMANIDADES MÉDICAS (HM)					
	HUMANIDADES MÉDICA 3			HUMANIDADES MÉDICAS 4		
	PESQUISA CIENTÍFICA (PC)					
	PESQUISA CIENTÍFICA 3			PESQUISA CIENTÍFICA 4		
	HABILIDADES PROFISSIONAIS (HP)					
	HABILIDADES PROFISSIONAIS 3 (HP)			HABILIDADES PROFISSIONAIS 4 (HP)		
	GESTÃO, INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE (GIESC)					
	GESTÃO, INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO COMUNIDADE 3 (GIESC)		E	GESTÃO, INTERAÇÃO COMUNIDADE 4 (GIESC).	ENSINO, SERVIÇO	E

ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO (ASE)						
3ª S É R I E	DISÚRIA, EDEMA E PROTEINÚRIA	PERDA DE SANGUE	MENTE E COMPORTAMENTO	DOENÇAS PREVA- LENTE S NA AMAZONIA	DOR ABDOMINAL, DIARRÉIA, VÔMITO E ICTERÍCIA	SINAIS E SINTOMAS DERMATOLÓGICOS
	HABILIDADES PROFISSIONAIS (HP)					
	HABILIDADES PROFISSIONAIS 5 (HP)			HABILIDADES PROFISSIONAIS 6 (HP)		
	GESTÃO, INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE (GIESC)					
	GESTÃO, INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO COMU- NIDADE 5 (GIESC)		E	GESTÃO, INTERA- ÇÃO COMUNIDADE 6 (GIESC).		ENSINO, SERVIÇO
ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO (ASE)						
4ª S É R I E	DISPNEIA, DOR TORÁCICA E TOSSE	DOENÇAS METABÓLICAS, HORMONAIS ENUTRICIONAIS	SAÚDE DA MULHER E SEXUALIDADE	DISTÚRBIOS SEN- SORIAIS MOTO- RES E DE LOCOMOÇÃO	DOENÇAS DO SANGUE, INFLAMATÓRIAS E INFECIOSAS	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
	HABILIDADES PROFISSIONAIS (HP)					
	HABILIDADES PROFISSIONAIS 7 (HP)			HABILIDADES PROFISSIONAIS 8 (HP)		
	GESTÃO, INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE (GIESC)					
	GESTÃO, INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO COMUNIDADE 7 (GIESC)		E	GESTÃO, INTERAÇÃO COMUNIDADE 8 (GIESC).		ENSINO, SERVIÇO

Fonte: PPC (UEPA, 2015, p. 65 - 66).

Currículo é uma construção social do conhecimento para Veiga (2002), pressupondo a sistematização dos meios para que esta construção se efetive; a transmissão dos conhecimentos historicamente produzidos e as formas de assimilá-los, portanto, produção, transmissão e assimilação são processos que compõem uma metodologia de construção coletiva do conhecimento escolar, ou seja, o currículo propriamente dito. Neste sentido, o currículo refere-se à organização do conhecimento escolar.

Assim sendo, as Diretrizes Curriculares Nacionais 2001 (Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de Novembro de 2001) e Diretrizes Curriculares Nacionais 2014 (Resolução CNE/MEC nº 3 de 20 de junho de 2014), PPP-2005 e PPC-2015, para o Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, em observância as diretrizes do quadro anterior, pontua-se a estrutura que o Curso de Graduação em Medicina deve seguir, em conformidade com a DCN 2014 em seu Art. 29:

- I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;
- II- utilizar *metodologias* que privilegiem a *participação ativa* do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;
- III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos; IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais; V - criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista;

VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;

VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato;

IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;

X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população.

O artigo 3º das DCNs para o curso de graduação em Medicina (2001), explicita bem a exigência e adequação de um novo perfil de profissional para o SUS, sendo muitos os desafios contemporâneos da educação e, com isso a UEPA no ano de 2005 elaborou o PPP para o Curso de Medicina – Campus XII-Santarém, com modelo diferente do curso de medicina já existente na UEPA, com um currículo incorporando noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica, considerando as

dimensões sociais, econômicas e culturais da população, com intuito de preparar os futuros médicos para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população, na esfera familiar, comunitária e hospitalar (UEPA, 2005).

É viável adotar a metodologia de custos da doença no Brasil, pois as informações necessárias estão disponíveis e são de acesso público nos sistemas de informações em saúde. Apesar de estudos sobre o custo da doença apresentarem limitações, eles permitem estimar o custo global de determinada patologia para o SUS (OLIVEIRA, *et al.* 2014). O PPP do curso de Medicina esclarece que a missão do Curso é graduar médico com o uso de metodologias ativas.

3.1.2 O acadêmico em atendimento na atenção primária

O Aprendizado Baseado em Problemas (ABP), também conhecido como *Problem-Based Learning* (PBL) são estratégia de ensino a serem aplicadas em todos os Módulos Temáticos (MT) do curso de medicina, desde o primeiro semestre (1º período) até o oitavo semestre (8º período) e eventualmente nos períodos seguintes, sendo, portanto, um dos principais recursos metodológicos a ser empregado para ensinar aos futuros médicos sobre os mais relevantes conhecimentos e condutas de sua atuação profissional.

O tempo em que vivemos está sempre a nos desafiar. As mudanças são constantes, transformando significativamente a vida das pessoas e sua relação com o ambiente físico e social. A sobrevivência deve nos levar ao raciocínio rápido para acompanhar tais mudanças. A vida vem se moldando em função dos avanços tecnológicos e sociais, que provocaram mudanças radicais na vida cotidiana, na sociabilidade e no trabalho, alterando profundamente a relação entre emprego e formação profissional, exigindo do profissional um pensamento rápido, lógico, reflexivo e crítico, com conhecimento para saber fazer, porque fazer, com domínio sobre a técnica, que busque sempre

se capacitar, numa sociedade inexoravelmente mais complexa e globalizada, cujo mercado de trabalho está cada vez mais exigente e competitivo. Assim, os avanços tecnológicos e sociais proporcionam elementos à reflexão sobre o papel da educação na formação do profissional que participará da mutante construção da cultura e sociedade (UEPA, 2016, p. 30).

A LDB 9394/96 surgiu definindo o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade, para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim, as instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de aproximarem-se a realidade social e de motivarem o corpo docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos.

[...] É uma proposta educacional que deve basear-se na comunidade e no serviço buscando desenvolver um trabalho em equipe multiprofissional. Sendo o ambiente de ensino destes módulos, a comunidade em torno da unidade básica de saúde, incluído, portanto, os grupos sociais, escolas, instituições sociais e famílias entre outras (UEPA, 2015, p. 61).

O método baseia-se em teorias construtivistas em que o conhecimento é construído individualmente e co-construído socialmente através de interações com o ambiente, não podendo ser simplesmente transferido, devendo ser ancorado em contextos relevantes para o aprendiz a fim de ser significativo. Do mesmo modo, o estudante é responsável pelo seu próprio aprendizado, sendo considerado, então, como método em que a aprendizagem é centrada no aluno (HUNG, 2008).

O GIESC permitirá ao estudante realizar a abordagem centrada na pessoa, pelos princípios e ferramentas da

atenção primária e pelo trabalho com membros da comunidade, nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, associados ao processo saúde-doença. Os estudantes, em equipes, com a supervisão do Docente/Médico, baseados na realidade e problematização, acompanhamento de famílias inscritas, conduzirão projetos de iniciação científica na comunidade e aplicação das habilidades de comunicação e clínicas (UEPA, 2015, p. 61).

A prática da profissão deve ser exercida sob bases científicas e evidências válidas. Mas, certamente com a percepção de que cada indivíduo possui característica própria, que exige uma conduta profissional-ético-humanística responsável.

Assim, o GIESC tem como objetivo proporcionar aos discentes conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática profissional na estratégia saúde da família, tornando o futuro profissional sensibilizado em relação à importância do trabalho nas unidades de saúde da família, como também preparado para prosseguir como um participante ativo de programas de base comunitária (UEPA, 2015, p. 61).

Neste caso acrescenta-se ao modelo proposto “o aprender fazendo”, que sugere a inversão da sequência clássica teoria/prática, caracterizando que o conhecimento é construído a partir da articulação ação/ reflexão/ ação.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste módulo é a Problematização e a Pesquisa. Esta metodologia da problematização foi expressa graficamente por Charles Maguerez como “Método do Arco” e supõe uma concepção do ato do conhecimento através da investigação direta da realidade, num esforço de construção de uma efetiva compreensão dessa mesma realidade (UEPA, 2015, p. 62).

Os conteúdos de ensino não são oferecidos aos discentes em sua forma acabada, mas na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo discente, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar.

3.2 Competências e habilidades na formação médica

Quando buscou-se questionar a coordenadora se as competências e as habilidades contidas nas Diretrizes Curriculares parecem-lhes suficientes para a formação de um profissional capaz de atender às necessidades atuais da população, obtivendo como resposta a seguinte manifestação:

Sim, elas trouxeram uma *ampliação importante para a formação do médico*, além das especialidades médicas específicas, eu acho que elas contribuem fortemente para uma *melhor formação*. Acredito que ela contribui para isso. Mas depende também de como está montado o seu projeto pedagógico e também dos próprios docentes da instituição, o projeto pedagógico do curso de medicina de 2005 não tinha esse enfoque de planejamento nem de gestão não era foco, fazia parte das diretrizes curriculares anteriores de 2001. O novo projeto de 2015 ele foi incluído acho que ainda precisa ser melhor implementado para melhor atender esses aspectos dentro do nosso curso (C1-F64, 2017).

Prosseguindo a investigação, procurou-se saber a opinião dos docentes sobre as competências e habilidades contidas nas DCN's e como elas são desenvolvidas na formação médica, se são capaz de atender às necessidades atuais da população de forma humanizada. Assim, chegou-se à conclusão que os docentes possuem boas percepções quanto às mesmas, bem como a forma que elas são trabalhadas na formação. A seguir, as falas de dois docentes pesquisados:

Sim, pois é uma constante e são reconstruções, são transformações permanentes, que a gente precisa dessas diretrizes, dessas orientações para sempre melhorar, estando em sintonia com que a população precisa, o que as comunidades precisam e a gente enquanto educador, a universidade em sim ela precisa se adequar ao que a comunidade está precisando, quais são os principais problemas pra gente tentar colocar isso dentro da universidade e repassar aos alunos para que eles sejam formados, pra melhor servir a comunidade e tentar resolver os problemas da população local no seu território de abrangência (P1-F35, 2017).

As habilidades e competências, pelo menos no modelo novo que recebi no processo seletivo que fiz para ingressar como docente na IES, elas têm uma caracterização diferenciada pela questão da humanização, mesmo por causa do próprio projeto *Humaniza-Sus*. Mas existem algumas coisas da humanização que é da própria pessoa como um formando, um graduando, onde ele tem que ir em busca, onde já é hábito e costume dele de vivência, como padrão cultural. Então, esse padrão cultural, que ele tem que entender, que existem pessoas que são diferentes, elas não são melhores e nem piores, e esses valores que ele têm é que as vezes dificulta um pouco, a relação dele, não só entre os próprios colegas de grupo, mas também a relação dele com os professores e com a equipe de assistência a qual ele está procurando atividades da prática. Então, esses valores que ele traz de casa, é que às vezes atrapalha um pouco no processo. Mas as habilidades e competências elas são direcionadas para o processo de humanização (P2-F41, 2017).

Acredito que a cada ano elas têm que passar por revisões, se aprimorando cada vez mais, pois até o período atual são ótimas de serem trabalhadas e complementam tudo o que trabalhamos (P3-M34, 2017).

Em relação ao que era antigamente e como está hoje, tá bem mais dinâmico, está bem favorável ao aluno, mais interessante; tem um foco na saúde pública o médico tem um olhar para saúde pública, o interesse do aluno quero fazer uma especialização residência na saúde pública, traz o aluno mais para próximo da comunidade (P4-F37, 2018).

Acho que o princípio é muito importante e fundamental, problema é que a universidade não parece muito preocupada com a formação dessa visão porque, por exemplo, nós fomos treinados, todos nós professores fizemos especialização em ensino médico, mas depois parou, e hoje em dia você tem sei lá quantos profissionais aí que não conhece o projeto político pedagógico e nem se especializaram para fazer isso, isso é uma deficiência da própria universidade, que não deu continuidade a isso, porque o pessoal entra sem ter essa visão, quando você não tem essa visão e não conhece o projeto político pedagógico, isso vai influenciar na formação, a visão é muito boa partindo dos problemas da comunidade, coisa de ascendência até os níveis de alta complexidade, mas o modo de você compreender e educar, precisa ter um suporte, você conhecendo o projeto político pedagógico e sendo treinado para fazer isso (P5-M65, 2018).

No entanto, mediante as manifestações anteriores, é perceptível que as competências e habilidades profissionais descritas nas DCN's trouxeram uma ampliação importante para a formação médica, além das especialidades médicas, precisando estar claro para os docentes e discentes do curso. A fala de C1 se destaca por fazer alusão ao Projeto Pedagógico como está estruturado e também os docentes da IES, e as habilidades necessários aos discentes para alcançarem tais competências. A afirmação de C1 vai ao encontro quanto à necessidade da apropriação de conhecimentos pelos docentes das DCN's vigentes para a formação médica.

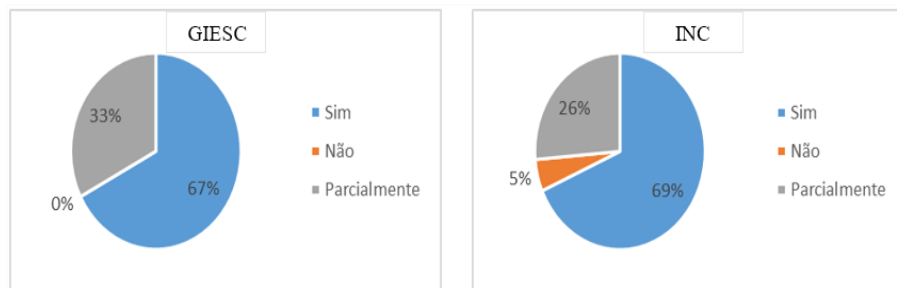
De acordo com Veiga (2007, p. 25), ao tratar da construção do PPP e das estruturas pedagógicas, corrobora afirmando que “[...] Nas estruturas pedagógicas incluem-se todos os setores necessários ao desenvolvimento do trabalho pedagógico”. Isto requer pensar um PPP que analise a estrutura organizacional e as relações estabelecidas afim de romper com a dicotômica dissociação entre teoria e prática.

Para Brasil (2014, p.12):

“[...]promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população”.

Para finalizar a análise, questionou-se aos discentes se as competências estabelecidas nas Diretrizes Curriculares lhes parecem suficientes para a formação de um profissional capaz de atender às necessidades atuais da população e articular os saberes teóricos com sua prática profissional. No módulo GIESC 67% afirmou contemplar e 33% afirmou que parcialmente e no módulo INC 69% afirmou contemplar, enquanto que 5% não contemplar e 26% contempla parcialmente. Desta maneira, considera-se que os módulos influenciam o futuro médico a serem mais humanistas. Vê-se na gráfico 4, a seguir.

Gráfico 4 – Competências estabelecidas no PPC do curso estudado pelos discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 96)

No quadro 11 destacam-se algumas falas referentes a questão, contemplam a formação de um perfil profissional capaz de articular os saberes teóricos com sua prática profissional no PPC do curso. Pois, as competências aqui discutidas, requeridas à formação médica, estão nas DCN/MEC para o curso de graduação em medicina (Brasil, 2014). Para Sales (2016), nos efeitos da Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS.

As narrativas indicam que o currículo favoreceu o desenvolvimento de competências como: capacidade de busca, pensamento crítico-reflexivo e autogerenciamento do aprendizado, apesar de relatos sobre deficiências em infraestrutura. A prática integrada ao SUS, especialmente nas Unidades de Saúde da Família, aprimorou as dimensões intelectivas, relacionais e afetivas do cuidado, favorecendo a autonomia profissional.

Quadro 11 – Competências estabelecidas no PPC do curso estudado, vista por discentes do GIESC/INC

GIESC	INC
“A teoria é abordada pelo método, mais a prática fica comprometida por conta da estrutura do campus” (Med-3B.4, 2017).	“Faltam professores atualizados com o conceito de PBL, como o assunto ministrado e capacitados para tal, principalmente nos primeiros anos” (Med-5B.1, 2017).
“De acordo com o PPC do curso de medicina o profissional, no caso o “aluno egresso”, deve ser capaz de conciliar os saberes teóricos e a prática habilidade adquirida durante a formação acadêmica” (Med-4A.2, 2017).	“Em comparação ao método tradicional, muitas doenças e assuntos não são abordados nos módulos, tanto por não constarem na ementa, quanto pelo não conhecimento prévio dos alunos da existência de doenças que poderiam ser objetivos de estudos”(Med- 5B.2, 2017).
“Contemplam de maneira ampla e atualizada com necessidades do país” (Med-1B.6, 2017)	“Nos proporciona buscar o conhecimento de forma ativa” (Med-5B.5, 2017).
“Pois formam um profissional mais humanizado e apto à realizar os afazeres médicos” (Med-1B.3, 2017).	“Pois conseguimos ter contato desde cedo com pacientes e aplicamos a teoria na prática” (Med-5B.6, 2017).
“As aulas práticas, do morfo, andam junto com os momentos de teoria, os tutoriais” (Med-1B.5, 2017).	“Faltam muitas abordagens que poderiam ser ofertadas no curso, na verdade, que deveriam mas não são” (Med- 5B.12, 2017).
“Pois ela trabalha com toda esfera de saúde-doença necessária para o embasamento teórico do médico e tudo é contemplado na prática com vivências no ambiente ambulatorial e hospitalar” (Med-4A.7 6, 2017).	“Pelo simples fato da UEPA oferecer um aporte teórico razoável, no entanto, oferece um excelente campo de atuação e prática nos estabelecimentos de saúde que, de certa forma, equilibra essa balança” (Med-5B.13, 2017).
“O volume de informação adquirido na teoria é bem superior as condições de infraestrutura e insumos disponíveis, dificultando a ponte prática da formação” (Med-4A.13, 2017).	“As estabelecidas sim, porém na prática não é o que acontece por causa da desarticulação entre as matérias e falta de capacitação dos profissionais” (Med-6A.4, 2017).
“O PPC da medicina contempla de forma vigorosa os saberes, com algumas falhas, mas não tão significantes” (Med-4A.11, 2017).	“As atividades do INC/GIESC nos estimulam a trazer para a prática os conhecimentos do tutorial/morfo com todas as nuances presentes apenas na realidade” (Med- 6A.5, 2017).
“A prática é sempre trabalhada nesse curso” (Med- 4A.12, 2017).	“O PPC aborda questões importantes para a formação médica, mas a estrutura que a Universidade oferece deixa a desejar” (Med-6A.6, 2017).
“Porque não há adequação entre os assuntos vistos no Morfofuncional e GIESC” (Med-4A.9, 2017).	“A teoria é bem contemplada, mas é necessário mais prática” (Med-8A.2, 2017).
“O PPC contempla áreas pedagógicas que permitem o profissional médico integrar as esferas de conhecimento visando uma prática de excelência” (Med-4A.12, 2017).	“As discussões teóricas são boas, porém a aplicação prática é deficitário” (Med-8A.4, 2017).
	“Porque algumas vezes nos faltam práticas. Conteúdo compatível com o período acadêmicos, por vezes, “passamos por cima” de assuntos básicos para mais avançados por carência de corpo docente” (Med-8A.6, 2017).

Fonte: Mardock (2018, p. 97)

O sistema público de saúde oferece à população diversos serviços e atendimentos. Para reduzir o tempo de espera, a rede pública de Santarém, oeste do Pará, disponibiliza 93 Unidades Básicas de Saúde (UBS), seis Unidades Básicas 24h (UBS-24), uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA-24), o Pronto Socorro (PSM), além do Hospital Municipal (HMS)³⁶.

Nas UBS's, os serviços são prestados à população com base na Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa a reorganização da atenção básica no país de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Os atendimentos são feitos com hora marcada e oferece consultas médicas com equipe de enfermagem e um clínico geral³⁷.

Quanto as estruturas pedagógicas Veiga (2002) referem-se, fundamentalmente, às interações políticas, às questões de ensino-aprendizagem e às de currículo. Nas estruturas pedagógicas incluem-se todos os setores necessários ao desenvolvimento do trabalho pedagógico. A análise da estrutura organizacional da escola visa identificar quais estruturas são valorizadas e por quem, verificando as relações funcionais entre elas. É preciso ficar claro que a escola é uma organização orientada por finalidades, controlada e permeada pelas questões do poder.

Entre as dificuldades que ainda representam obstáculos a superar, algumas significam importantes desafios ao desenvolvimento e aprimoramento desse processo de mudanças: a pouca tradição da direção de escolas médicas na elaboração e gestão de projetos inovadores; o estabelecimento de parcerias interinstitucionais e transeitoriais; a reorientação da missão dos cursos de medicina para formar profissionais identificados com as necessidades da população; o maior entrosamento entre o mundo do ensino e a realidade dos serviços, numa integração cotidiana e crescente entre ensino, serviços de saúde e comunidade; um continuado intercâmbio entre as diferentes experiências exitosas, como forma de contribuição e aceleração de incorporação de mudanças (BRASIL, 2005).

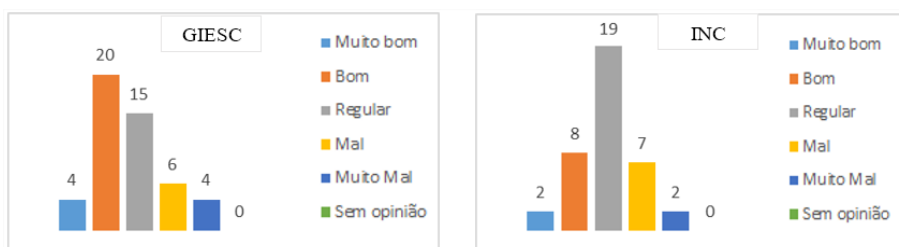
³⁶ Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>, visitado em maio de 2018.

³⁷ Ibidem.

Ainda corroborando com esse estudo, Oliveira *et al.* (2008) apontando as iniciativas direcionadas para a mudança, tendo por base as Diretrizes Curriculares Nacionais, aumentadas em volume e em diferentes regiões, ainda carecem, contudo, em nossos levantamentos e respostas dos discentes à nossa pesquisa, de mais envolvimento dos docentes e dos discentes, sendo que estes, têm dificuldade de reconhecer resultados significativos nessas iniciativas.

Quando questionados sobre a estrutura física e operacional do curso de medicina da UEPA e adequação dos espaços de atividades dos módulos, nas UBS, se supre suas expectativas, no módulo GIESC 41% (20) afirmaram ser Bom, enquanto 31% (15) Regular e 12% (6) Mal e 8% (4) Muito Mal, no módulo INC 21% (8) afirmaram ser Bom, 50% (19) Regular, enquanto apenas consideram 18% (7) Mal e 5% (2) Muito Mal, a adequação dos espaços, como demonstrada no gráfico 5.

Gráfico 5 - Adequação dos espaços de atividades dos módulos pelos discentes dos módulos GIESC/INC



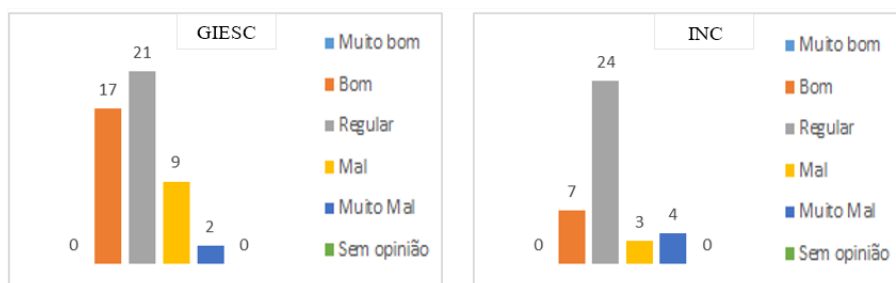
Fonte: Mardock (2018, p. 99)

Tais capacidades são os elementos infraestruturais do processo de aprendizagem humana (condições fisiológicas, neurológicas, psicológicas).

Analisar a infraestrutura da UBS “A infraestrutura deve conter equipamentos adequados, representar espaço aberto para a construção do conhecimento, onde o professor seja o ponto de desequilíbrio do pensamento dos alunos” (UNESP, 2011, p.172).

Além do espaço físico, é importante que aconteça a adequação dos recursos e do material de apoio didático pedagógico, visto as necessidades mínimas requeridas ao desenvolvimento dos módulos. Assim, questionou-se aos discentes sobre como eles avaliam essas adequações e verificou-se que o indicador de qualidade em ambos os módulos são considerados Regular, seguidos de Bom, quanto aos indicadores Mal e Muito Mal ficaram em 22% dos participantes nos dois módulos, como demonstrado no gráfico 6.

Gráfico 6 - Adequação dos recursos, material de apoio didático pedagógico, pelos discentes do GIESC/INC.

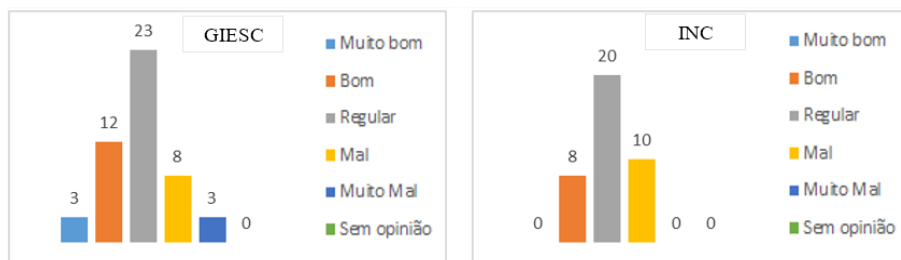


Fonte: Mardock (2018, p. 99)

Nos estudos de Sales (2016) é perceptível a divergência de percepções quanto aos indicadores de avaliação relacionados à adequação dos recursos e material de apoio didático pedagógico para a condução qualitativa dos módulos estudados, prevalecendo os indicadores Bom e Regular, porém, com significativa representação do indicador Mal e Muito Mal. Neste empenho, El Cher (2013) afirma que a instituição que deseja implantar um currículo baseado em PBL deve investir em infraestrutura e na capacitação docente.

Questionou-se também à adequação das tecnologias convencionais disponíveis para auxiliar a realização dos módulos e verificou-se que o indicador de qualidade Regular prevalece em ambos os módulos, sendo que no módulo GIESC na sequência o indicador Bom. Quanto ao módulo INC na sequência o indicador Mal, nota-se que os participantes do módulo INC, não consideram adequadas as tecnologias, como demonstrado no gráfico 7.

Gráfico 7 – Adequação das tecnologias pelos discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 100)

As bibliotecas passaram por grandes transformações no decorrer do tempo. Novas diretrizes, novos conceitos, novas práticas. As bibliotecas universitárias precisam estar com os acervos atualizados e compatíveis com a realidade das necessidades de pesquisa científica e tecnológica. Devem conter subsídios às necessidades de informação, uma vez que seu público é constituído por pessoas de nível superior, ou seja, que estão em constante busca de crescimento e aperfeiçoamento educacional, cultural e profissional.

Em relação à adequação do acervo bibliográfico da IES, considerando as necessidades para o desenvolvimento de atividades didático/pedagógicas durante o curso, incluindo os módulos GIESC/INC, verificou-se que no módulo GIESC 43% (21) considera o indicador de qualidade Bom, enquanto 33% (16) Regular e 6% (6) Muito Mal, divergem dos resultados obtidos no módulo INC com 53% (20) consideraram o indicador Regular, seguido de 21% (8) indicador Mal. Nota-se a divergência nos módulos, como demonstrado no gráfico 8, na página seguinte.

Gráfico 8 - Adequação do acervo bibliográfico pelos discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 101)

Em análise ao gráfico é possível perceber que os participantes consideram o acervo bibliográfico da instituição relativamente Regular. No entanto, observa-se um número expressivo de respostas relacionadas ao indicador Mal e Muito Mal, o que sugere insatisfação por parte de alguns discentes.

Para completar a análise, buscou-se saber a opinião dos discentes quanto às condições oferecidas, até o momento, para a realização de atividades práticas oferecidas pelo curso. Percebeu-se que a prevalência em ambos os módulos tem o indicador de qualidade Regular, seguidos de Bom, Mal e Muito Mal, em concordância com o demonstrado no gráfico 9.

Gráfico 9 – Condições oferecidas para a realização de atividades práticas, percebidas pelos discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 101)

A infraestrutura deficiente e mudanças de políticas locais de saúde prejudicaram o aprendizado prático, e a Escola se viu frente a obstáculos para a incorporação da graduação pelo Serviço Público de Saúde Municipal (SANTOS, 2013).

Conclui-se que a infraestrutura ainda não está tão satisfatória, têm *déficit* de espaços para as atividades dos módulos estudados, nos recursos, material de apoio didático pedagógico, tecnologias e das atividades práticas, além de condições adequadas para desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, com relação à biblioteca, a situação não é diferente, os espaços físicos e literatura são limitados.

3.3 Percepção dos participantes do estudo quanto ao perfil profissional em medicina

A Educação Superior é um espaço complexo e multidimensional cujas perspectivas de desenvolvimento contemplam o eixo dos professores e seu mundo profissional incluindo políticas, matérias curriculares, ciência e tecnologia, estudantes e a empregabilidade no mundo do trabalho (ZABALZA, 2007).

Deste modo, a educação dos profissionais de saúde no Brasil passa por mudanças significativas que revelam as relações no mundo do trabalho e das políticas impactando os processos formativos de cunho inicial e permanente. Dentre as mudanças destacam-se o SUS, o trabalho em equipe e o atendimento integral à saúde Forster *et al.* (2017, p. 223).

A educação médica está passando por críticas quanto aos métodos de ensino e aos conteúdos, vivendo um processo de transformação explicitado nas reformas curriculares em diversas escolas médicas (NOGUEIRA, 2009). O motivo de tantas mudanças é garantir maior eficácia na formação e cultivar um egresso médico capaz de lidar com os problemas da sociedade brasileira moderna (SIQUEIRA, 2009).

O artigo 3º das DCNs para o curso de graduação em Medicina (2001), explicita bem a exigência e adequação de um novo perfil de profissional para o SUS. O PPP do curso de Medicina esclarece que a missão do Curso é graduar médico com o uso de metodologias ativas, assim como o novo PPC atende as DCNs quanto ao Perfil médico, ver a seguir no quadro 13.

Quadro 12 – Perfil do profissional do curso estudado

DCN-2001	PPP-2005	DCN-2014	PPC-2015
Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (ART. 3º, Resolução CNE/CES Nº 4, 2001)	Conhecimentos, habilidade e atitudes necessárias para atuar como médico geral, apto a promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar a incapacidade. Deve ter postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (UEPA, 2005, p. 34)	Formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (ART. 3º, Resolução Nº 03 CNE, 2014)	Formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética, com a 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 (UEPA, 2015, p. 42)

Fonte: Mardock (2018, p. 102), a partir de Brasil (2001 e 2014), e UEPA (2005 e 2015).

Percebe-se que o perfil do egresso do Curso de Medicina da UEPA – está em consonância com a concepção de formação do profissional médico e com o seu modelo pedagógico, seguindo as recomendações contidas na Resolução CNE/MEC nº 3 de 20 de junho de 2014 que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (SALES, 2016, p.74).

A UEPA forma cidadãos e profissionais capacitados para analisar criticamente a sociedade, considerando os aspectos políticos, econômicos, sociais, ambientais, culturais e tecnológicos. O egresso deve apresentar autonomia intelectual, capacidade de aprendizagem continuada, atuação crítica e ética, sintonizada com as necessidades do Estado, com uma sólida base científica, humanística e cultural. Também, deve mostrar capacidade para lidar, entender e intervir de forma propositiva na perspectiva de construir uma sociedade humana e igualitária, PDI 2017-2017 (UEPA, 2017, p. 55).

Quando questionados sobre a percepção do perfil do egresso em medicina da UEPA Campus XII – Santarém, almejado pelos Projetos Pedagógicos e DCNs. Buscou-se questionar a coordenadora sobre o perfil de egresso que se almeja conseguir de acordo com planejamento e o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UEPA, para a formação do médico, parecem suficientes para a formação de um profissional capaz de atender às necessidades atuais da população e as Políticas de Humanização, obteve-se como resposta a seguinte manifestação:

Médico que seja ético, *humanista*, mas que ao mesmo tempo perceba a importância dele no contexto da sociedade, o quanto ele pode mudar, o quanto ele pode contribuir, que tenha habilidade, mas tenha também humanidade de perceber que a medicina é uma profissão eminentemente social (C1-F64, 2017).

Procurou-se saber a opinião dos docentes sobre o perfil de egresso em medicina que se almeja conseguir, para a formação do médico, parecem suficientes para a formação de um profissional capaz de atender às necessidades

atuais da população e as Políticas de Humanização. Assim, chegou-se à conclusão que os docentes possuem boas percepções quanto às mesmas, bem como a forma que é conduzido e o que preconiza os documentos legais. A seguir, as falas de três docentes pesquisados:

Queremos um médico que se preocupe realmente com os valores, com adversidade sócio cultural, as dores e queixas da população, aquele *profissional humanizado*, que saiba escutar, saiba reconhecer o saber popular de quem o procura, profissionais que se preocupe com a sociedade, com a *comunidade* de abrangência que ele vai atuar, que tenha humanização na sua profissão, nessa relação médico-paciente, a gente foca muito nessa relação médico-paciente a gente tem que escutar, principalmente aqui no interior da Amazônia a gente tem os saberes populares e muitas vezes esses pacientes procuram a gente esses clientes da unidade básica, muitas vezes eles nem tem uma doença em si, eles querem ser ouvidos, muitas vezes o problema é social, e a orientação dada através dessa relação, médico paciente é um vínculo muito importante, não só tratar doenças específicas (P1-F34, 2017).

A visão holística, acho que é primordial, *humanizada*, logo em sequência, porque sem essa visão do geral e humanizada ele não vai ter uma boa relação com a clientela, e não vai conseguir mais produtividade, vai ter um impasse, até mesmo, em uma questão que seria o “marketing profissional”.

O indivíduo faz assistência à saúde, ele faz a sua carreira pelo “boca a boca” do paciente, então ele tem que mostrar para o paciente, e isso não é só uma questão do coletivo, ela é muito também do individual. Claro que ninguém agrada todo mundo, mas existe muito dessa questão de “como ele vai fazer o seu marketing” para que ele possa estar trazendo uma boa relação para a população.

A questão de que já tivemos uma experiência aqui com profissionais nossos, da UEPA, que já vieram como residentes aqui com a gente, e a relação dele, como residente, com os alunos que são do primeiro e segundo período, que estão conosco também. E foi super interessante, como ele mesmo mencionava: “Nossa, queria ter tido essa oportunidade quando comecei, essa visão... Eu olho para esses mapas (alguns mapas que estamos construindo com os alunos do GIESC), vejo eles aqui atrás e nem sabia para que era isso e, vendo vocês conversando, agora estou entendendo tudo que o que eu faço aqui dentro é com base nesses mapas que vocês fizeram na comunidade”. Então, é uma relação entre a matriz antiga e a matriz mais recente, que a gente sofreu aqui dentro da unidade, na prática, tanto com quem está na residência como com quem está iniciando agora (P2-F41, 2017).

Eu espero que saia da universidade com esse olhar mais *humanizado* e mais atento, estou trabalhando para isso. Espero que o trabalho que está sendo feito particularmente nas HM é para isso para fazer um profissional mais cuidadoso, nesse sentido, fazer ele perceber que não adianta ele chegar lá e dá alta para o paciente dele, se o paciente mora numa população ribeirinha e ele não tem como ir de barco ele vai sair do hospital e ficar jogado na orla da cidade, então fazer com que esse futuro médico perceber que ele tem que dá uma alta multidisciplinar, chamar o assistente social e saber ele tem para onde ir? Então eu tenho trabalhado isso com eles de que não é só o trabalho deles e pronto dele lá no quadradinho dele fazer o trabalho prescrever a medicação e pronto, mas ele perceber que tem que zelar pelo bem estar integral global do paciente (P9-F43, 2017).

Contudo, a motivação que a coordenadora e os docentes participantes deste estudo compartilham através dos módulos GIESC e INC, no dia a dia com os discentes e equipes dos serviços de saúde das UBS ligados à UEPA, diz

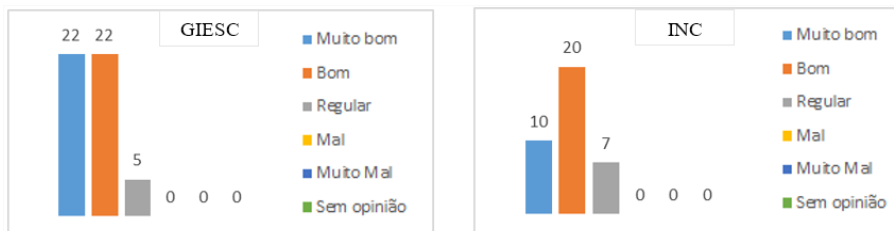
respeito à contribuição ao perfil dos médicos desejado pela população que é atendida pelo SUS. Assim, a formação do estudante em Medicina, egresso da UEPA deve ser respaldada pela humanização, responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade e da saúde integral do ser humano.

Segundo Brasil (2014, p. 1), 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.

Por fim, buscou-se questionar aos discentes para saber com que intensidade tais competências são trabalhadas no curso e, mais especificamente, nas discussões dos módulos estudados, visto que se faz pertinente o englobamento de todas essas dimensões/competências nos problemas usados como base da aprendizagem.

Quando questionados o perfil profissional estabelecido pela Resolução nº 03 de 20 de junho de 2014 que define as DCN para a formação do médico e com que intensidade estão sendo desenvolvidas no curso estudado, verificou-se que os dados apresentados no gráfico 10 apontam respectivamente que 45% (22) e 26% (20) dos discentes consideram muito bom o perfil médico estabelecido pela DCN, e a forma como estão sendo desenvolvidas no curso, enquanto que 10% (5) e 7% (7) consideram regular, compreendemos que o grupo de discentes do GIESC está mais satisfeito como o desenvolvimento do perfil no curso.

Gráfico 10 – A formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética percebidas dos discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 105)

Por conseguinte, percebe-se que o novo projeto pedagógico em consonância com as DCNs de 2014, atendem mais as expectativas dos discentes quanto seu perfil profissional. Corroborando com os dados apresentados, destaca-se a fala do participante:

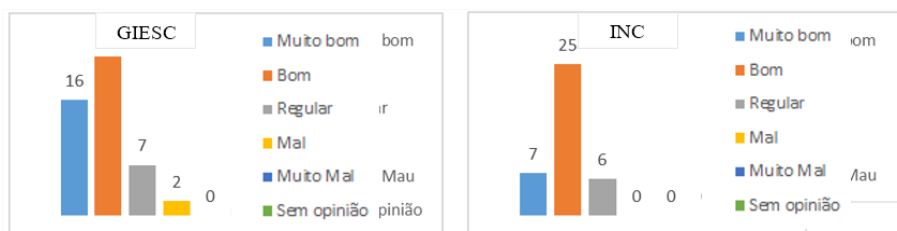
O médico generalista, precisamos que nossos acadêmicos sejam capazes de trabalhar em qualquer situação, em qualquer área. O que antes a gente tinha que formar profissionais que depois se especializasse, pra trabalhar naquela área, e hoje em dia a saúde pública precisa do nosso complemento de trabalho, que fortaleça aquela situação para o aluno, porque ele tem que ser capaz de solucionar o problema da pessoa, ser um médico generalista capaz de cuidar de tudo, principalmente no plano do GIESC, porque houve uma mudança na sobrecarga das unidades de emergência, justamente por conta dessa situação que se encaminhava tudo para o hospital, não se resolvia mais na unidade, não tinha mais essa parte de gerenciamento da população que era atendida, então o aluno começa a ter essa visão diferente que ele tem que solucionar o problema do paciente e não apenas encaminhar para outras especialidades, voltar ao generalismo (P3-M34, 2017).

Scheffer *et al.* (2018, p. 163) usam o termo “médico generalista” para designar o médico sem título de especialista. Médico generalista é o profissional com formação geral em medicina.

Ainda na última década do século XX, iniciam-se as discussões para a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da medicina, homologadas em 7 de novembro de 2001 (BRASIL, res. nº. 4, CNE/MEC, 2001), tendo como atores atuantes os Projetos UNI, a ABEM e a CINAEM. As DCNs afirmam que o profissional médico tem que ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e com princípios éticos deve promover a saúde integral do ser humano (LAMPERT, 2008, p. 32).

Os dados apresentados no gráfico 11 apontam respectivamente 22 e 25 dos discentes consideram bom a capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde e 7 e 6 consideram regular.

Gráfico 11 – Capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, segundo discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 106)

Verifica-se que no Art. 4º Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

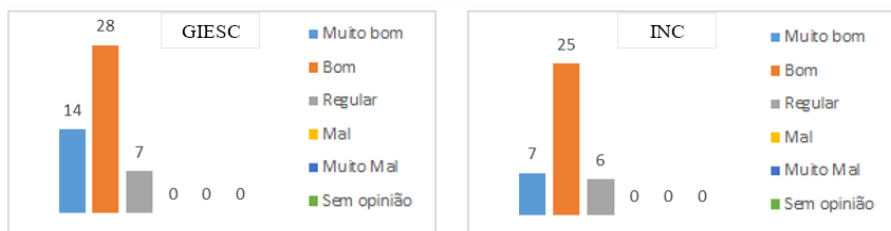
No Art. 5º desta mesma resolução, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar (BRASIL, 2014).

A equidade, por sua vez, não aparece de maneira direta na lei, mas é definida pelo Ministério da Saúde como:

Igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário (BRASIL, 2005, p. 90).

Quanto as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, o gráfico 12 apresenta 28 e 25 discentes afirmando que é boa as ações desenvolvidas, enquanto 7 e 6 discentes consideram regular.

Gráfico 12 – As ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 107)

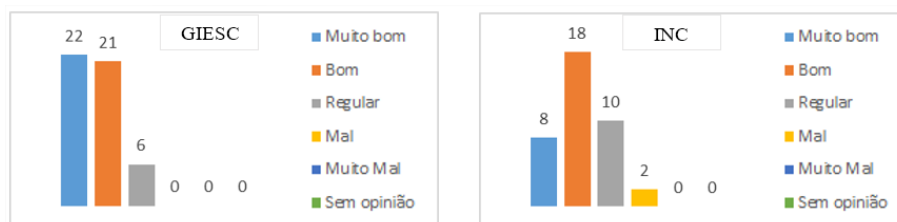
No inciso VIII do Art. 5º da Resolução Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2014, p. 1).

O cuidado integral na APS envolve a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. É um cuidado mais complexo que necessita de várias habilidades e conhecimentos para assistir ao indivíduo, família e comunidade (FORSTER *et al.* 2017, p. 88).

O gráfico 13 evidencia-se que 45% (22) dos discentes no grupo do GIESC considera muito bom a responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano enquanto o grupo do INC 47% (18) considera bom.

Os dados presentes no gráfico, comprova que o curso está viabilizando o desenvolvimento proposto pelas DCNs.

Gráfico 13 – Responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano, segundo discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 108)

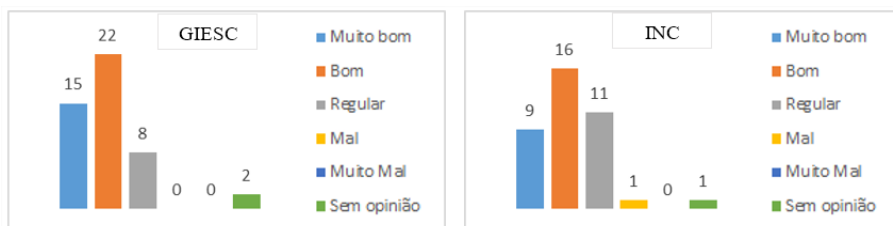
O gráfico acima retrata a realidade vivenciada pelos discentes de ambos os módulos, onde demonstraram satisfação com o oferecido pelo curso, sendo que os participantes do módulo GIESC apresentaram maior grau de contentamento, porém precisando melhorar conforme discentes do INC.

Assim, acreditamos que a formação do estudante em Medicina, egresso da Universidade, deve ser respaldada pela humanização, responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade e da saúde integral do ser humano Forster *et al.* (2017, p. 238).

Quando perguntados quanto a transversalidade em sua prática, a determinação social do processo de saúde e doença, 45% (22) e 42% (16) dos

discentes afirmaram que é bom, desenvolvem com muita frequência atividades voltadas a esta, enquanto que no módulo INC 3% (1) afirmam que está mal, de acordo com o apresentado no gráfico 14.

Gráfico 14 - A transversalidade em sua prática, a determinação social do processo de saúde e doença, segundo discentes do GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 108)

Os resultados apresentados no quadro 13 apresentam um desafio para o século XXI, a necessidade de humanização da saúde. A adaptação do currículo médico à visão moderna de saúde – através das novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina no Brasil (MARTINS, 2006) – representa uma importante conquista neste aspecto. Além da diversificação dos cenários de aprendizagem – incluindo treinamento junto à comunidade, em unidades básicas de saúde, ambulatórios, serviços de emergência e enfermarias de hospitais comunitários, a consolidação definitiva desse novo olhar para a saúde exige também o incentivo cada vez maior de projetos na área de medicina preventiva.

A seguir, busca-se no quadro 13 trazer o perfil profissional do graduado do curso de Medicina da UEPA, a partir de manifestações dos discentes.

Quadro 13 - Caracterização do perfil, manifestações dos discentes do GIESC/INC

GIESC	INC
“Um profissional formado pela UEPA, acredito é altamente qualificado para o mercado devido em participar pela metodologia PBL que prepara de forma humanizada e permite contato do acadêmico com a comunidade desde o início do curso” (Med-1B.2, 2017)	“Um profissional que desde o primeiro semestre tem contato com a atenção primária dentro da abordagem a diversas realidades socioeconômicas” (Med-5B.8, 2017)
“É um profissional com a ideia da humanização presente e com muita noção prática do exercício da medicina” (Med-1B.3, 2017)	“Profissional apto a realizar a atividade médica, com boa interação multiprofissional e capaz de exercer o método clínico centrado na pessoa” (Med- 5B.9, 2017)
“Os indivíduos que se graduam, geralmente conseguem lidar com a prática profissional do dia-a- dia. Contudo, algumas peculiaridades ocasionadas por falhas no método ou ausência de professores, podem ser revistos” (Med-2A.2, 2017)	“Um profissional médico generalista capaz de acompanhar e tratar a maioria dos casos de média e alta complexidade, possuindo muitas limitações que são ultrapassadas à medida que ele adquire experiência na prática diária da medicina” (Med-5B.13, 2017)
“Um médico generalista, que dá grande importância ao nível primário de saúde, valoriza a equipe multiprofissional e com formação e entendimento de questões sócio ambientais que podem influenciar na saúde da população” (Med-2A.6, 2017)	“Caracteriza-se por tentar realizar um atendimento humanizado e buscar ajudar os pacientes da melhor maneira possível” (Med-6A.3, 2017)
“Um profissional dotado de muito conhecimento, por mérito seu do que auxílio do método PBL, que os cobra ao limite e não os proporciona outra alternativa a não ser “bom” (Med-3B.5, 2017)	“Um profissional com uma capacidade boa de desenvolver a relação médico-paciente, voltado para os saberes gerais e que sabe pôr em prática os saberes clínicos” (Med-6A.5, 2017)
“Um profissional humanizado que sabe analisar o paciente com todos os seus aspectos físicos e psicossociais” (Med-3B.7, 2017)	“Um bom profissional no que se refere aos conhecimentos científicos e humanos, mas sem apoio dos preceptores” (Med-7B.3, 2017)
“O graduado médico pela UEPA sai do curso apto a exercer uma medicina mais humanizada, e de fato exercendo uma influência mais ampla sobre o paciente em uma dimensão biopsicossocial, porém são habilidades que não são devidas em sua maior parte a contribuição da universidade” (Med-4A.5, 2017)	“Profissionais humanizados, atentos a necessidade do paciente, ter uma boa relação com os demais acadêmicos de outros cursos e de outros profissionais” (Med-8A.2, 2017)
“Um profissional que consegue se adequar às dificuldades e carências do SUS, pois convivem com isso desde a faculdade, que oferece condições mínimas estruturais e de corpo docente para a continuidade desse curso” (Med-4A.14, 2017)	“O aspecto humanizado é inquestionável, porém, sinto que a parte do conhecimento teórico (principalmente, no início do curso) ainda é incipiente” (Med-8A.3, 2017)

Fonte: Mardock (2018, p. 109).

Para Chauí (1999), enquanto as universidades, correspondem exatamente ao perfil da sociedade atual pelas diversas formas de violência que se fazem presentes dentro delas (desigualdades, favorecimentos, reforço de privilégios, burocracia, submissão aos padrões de produtividade neoliberais, silêncio diante da privatização do que é público), reafirmando sua tradição de autonomia, elas, na maioria dos casos, seguem sua lógica própria, o que, certamente, tem dificultado uma aproximação maior entre as IES e a sociedade, na discussão e encaminhamentos sobre a formação de profissionais de saúde, sobretudo, a formação do médico (BRASIL, 2005).

Portanto, constata-se que os módulos estudados atendem o preconizado nos Projetos Pedagógicos, bem como nas DCNs do Curso de Graduação em Medicina, com isso, refletem na prática humanizada do futuro médico do curso estudado.

CAPÍTULO 4

A PRÁTICA HUMANIZADA NA FORMAÇÃO MÉDICA DA IES ESTUDADA

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

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

A valorização do cotidiano como elemento para a formulação de políticas públicas é também uma inovação na medida em que as políticas de saúde se originam em geral do aparato burocrático do Estado, tão afeito à normatização e à prescrição. Traverso-Yépez e Morais (2004) concordam e acrescentam que a formação médica deve incluir o papel da experiência profissional e das práticas cotidianas, ampliando, assim, a relação entre médico-paciente e deixando explícito que não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas. Decorre daí a necessidade de superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo biomédico, acreditando que o agir do profissional de saúde deveria ser baseado mais na escuta e no diálogo do que na imposição de “receitas”. Cada vez mais percebe-se a necessidade de formar médicos reflexivos, éticos, conscientes e sensíveis à pessoa humana e ao seu contexto social.

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

4.1 A percepção da política de humanização do SUS e a formação médica no curso estudado

Nesta seção apresentam-se os dados produzidos no estudo empírico sobre a organização dos módulos, processo avaliativo, metodologias de ensino aprendizagem e sugestões de políticas de humanização nos módulos estudados do Curso de Medicina da UEPA – Campus XII – Santarém.

A “humanização” é um tema recorrente nos serviços de saúde. Muito utilizado e de caráter polissêmico, o termo “humanização” se refere a movimentos, conceitos, ações de diferentes origens históricas e linhas de pensamento, dando margem a várias interpretações realizadas por Heckert *et al.* (2009) e Deslandes e Mitre (2009). Nas palavras de Benevides e Passos (2011,

p. 390): “A luta pela humanização das práticas de saúde já estava colocada em pauta no movimento feminista na década de 1960, ganhando expressão no debate em torno da saúde da mulher”. Mas, é marcadamente a partir do final da década de 1980 que a humanização se propaga como um movimento técnico-político na área da saúde (RIOS, 2009). Puccini e Cecílio (2004), bem como Tornquist (2002), ganhando cada vez mais espaço nas discussões em torno da qualidade dos serviços de saúde.

Nos anos 2000, a humanização passa a compor políticas públicas do SUS, destacando-se a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH), produzindo transformações na maneira de administrar e do cuidado, estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir métodos grupais de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes abroglham modos e práticas desumanizadoras que dificultam a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Nesse sentido, a percepção da Política de Humanização do SUS no curso de medicina manifestada pela coordenadora do curso revela que o trabalho na comunidade trabalho o aspecto da humanização. A seguir, ilustra-se com fragmentos de sua entrevista:

Olha, acho que quando a gente trabalha direto na comunidade, vivenciando com a comunidade, naturalmente e gradualmente você vai trabalhando o aspecto de humanização. Mas aí, o que eu observo, que nem sempre essa política é adotada de forma correta nas unidades de saúde, e esses profissionais da unidade, são os modelos dos nossos alunos.

Então hoje em dia existem unidades de saúde que brigam, porque não querem que aquele médico saia de lá. Então percebo que esses egressos tem um outro olhar, uma outra postura e conduta muito mais humana e compatível com aquilo que a comunidade quer.

Todos nós somos humanos, e o ministério não precisava

estabelecer uma política de humanização, porque nós não somos animais, somos humanos, então não considero que essa política, deveria ser uma política, é intrínseco de cada profissional, ele naturalmente deve ser formado com esse olhar, principalmente nas profissões de saúde ou em qualquer área, porque elas também trabalham com seres humanos.

Então, sempre fui uma crítica na política de humanização, porque penso que não seria necessário uma política, para dizer que sou uma pessoa, então minha crítica sempre foi muito rude contra essa política, o que precisa é que os profissionais também estejam satisfeito com o seu trabalho, tenham condições, estrutura, insumos de trabalho, que você possa ser muito bom no seu trabalho, mas você chega no seu local de trabalho, você não tem insumos, uma equipe satisfatória, você tem uma série de insatisfação, que podem se traduzir com a sua ação com o outro, porque não está feliz, com que está fazendo e transmite sua infelicidade para quem está a sua volta, então esse aspecto precisa ser muito olhado (C1-F64, 2017).

Para discutir sobre a fala anterior, Pasche (2008) anuncia que o HumanizaSUS não é uma política prescritiva. Assim como o SUS, não tem o poder de, imediatamente, mudar realidades. Se assim fosse, bastaria dizer: “humanizemos” e, num passe de mágica, o mundo mudaria. A Política Nacional de Humanização tem, sim, a força de um imperativo ético: aponta para a necessidade de reposicionar a organização dos serviços, as ofertas de cuidado e os processos de trabalho sem desprezar aquilo que, na medicina moderna, tomou-se como secundário ou menor: as formas de relação entre os sujeitos.

A fim de aprofundar a compreensão sobre a percepção da política de humanização do SUS e as possíveis variáveis que a envolve, questionou-se aos docentes sobre a percepção deles acerca desse recurso e encontrou-se em suas falas sugestões sobre a política de humanização no curso de medicina. Assim, algumas manifestações mereceram destaque:

A política de humanização do SUS foi uma política criada para melhorar a questão do acolhimento, atendimento, principalmente um atendimento mais humanizado, melhorar a qualidade da saúde primária, ela veio nesse sentido, não só da atenção primária, mas para todos os níveis de atenção, um dos fatores, trazendo mais para a questão de educação em saúde, é que a política de humanização, para você integrar o aluno, desde o início casada com o PBL das metodologias ativas, para que se torne a formação do médico muito mais sensível, as questões sociais e de medicina centrada na pessoa, mesmo no cuidado com o paciente, do cuidado com a saúde (P6-F37, 2017).

A princípio, acho que é uma redundância, porque as pessoas todas devem tratar humanização com técnica, então a questão de você estipular um programa só pra isso é sinal que nós estamos falhando no modo de atender (P7-M66, 2017).

A política de humanização, ocorre desde quando a gente recebe esse paciente na unidade, acolhimento, a conversa antes mesmo de começar a entrevista para a consulta (P8-F35, 2017).

Na fala de P7, sua posição acerca da redundância na PNH em sermos seres humanos se coloca em evidência. Segundo Vilartha *et al.* (2007, p. 23), em humanização dos serviços de saúde parece, à primeira vista uma redundância, uma vez que tanto o executor do trabalho em saúde como o seu objeto de trabalho são seres humanos. Mas essa relação, ao longo do tempo, face às profundas desigualdades socioeconômicas do nosso país, às grandes demandas pelos serviços de saúde, à precariedade das condições de trabalho, nos demonstra que a obviedade do fato não pode ser entendida como natural. **A própria PNH buscou reelaborar o conceito de humanização descrito no Documento base para gestores e trabalhadores do SUS:**

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 44).

A partir das manifestações da coordenação e dos docentes acima explicitadas, percebeu-se que a política de humanização está presente no curso de medicina estudado, e que consegue atender ao que preconizam as DCNs. No entanto, é perceptível nas falas da coordenadora C1-F64 e dos docentes P7-M66 que existe uma crítica em relação a essa política de humanização, não sendo ela necessária para mostrar que é ser humano.

4.2 Os encontros colaborativos com a coordenação e docentes do curso estudado

Transformem suas ações e as práticas institucionais.

Zeichner

Este capítulo apresenta os resultados da segunda fase do estudo, oriundos da pesquisa colaborativa, buscando responder a problemática do estudo: como se manifesta a presença da Política de Humanização do SUS, a partir do módulo GIESC, na formação do futuro médico da UEPA Campus Santarém? No intuito de responder o questionamento supracitado, tomou-se como aportes os documentos legais (leis, diretrizes, projeto do curso) e os referenciais teóricos que tratam desta temática. Para desenvolvimento da segunda fase da pesquisa, foram planejados e executados quatro encontros colaborativos. Dentre as diferentes modalidades de metodologias de caráter participativo, recorreu-se à pesquisa-ação, pois esta possibilita e tem como princípio a participação dos grupos sociais no processo de tomada de decisões, (THIOLENT, 2011). De forma geral, a pesquisa-ação é um procedimento

teórico-metodológico que tem variações consoante as diferentes vertentes epistemológicas. A comunalidade, independente da abordagem, fica por conta do envolvimento dos sujeitos (THIOLENT, 2011). A seguir passa-se a relatar os momentos vivenciados nesse processo.

O primeiro encontro, denominado “Potencialidades e fragilidades em política de humanização no SUS na formação médica”, foi programado para a sensibilização dos participantes da pesquisa. Foi escolhido a roda de conversa como metodologia, pois entende-se que as informações produzidas nesse contexto são de caráter qualitativo, pois as opiniões expressas nessas Rodas de Conversa são ‘falas’ sobre determinados temas discutidos pelos participantes sem a preocupação com o estabelecimento de um consenso, podendo as opiniões convergirem ou divergirem, provocando o debate e a polêmica.

O desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica [...] A ação educativa e política não pode prescindir do conhecimento crítico dessa situação, sob pena de se fazer “bancário” ou de pregar no deserto (FREIRE, 1970, p. 80, 106).

Essa metodologia possibilitou reflexões referentes a prática docente, tais como suas percepções sobre a Política de Humanização, Formação Médica, Humanização através do GIESC e INC no curso, e a relação docente/discente mediante a prática através dos módulos. Em outras palavras, o estudo possibilitou a compreensão da forma como a Política de Humanização está sendo desenvolvida a partir dos módulos no curso. Mas, mais que uma técnica de pesquisa, as Rodas de Conversa abriram espaço para que os participantes estabelecessem um espaço de diálogo e interação, ampliando suas percepções sobre sua prática docente e sobre o outro nos referidos módulos.

A referida metodologia foi aplicada para além de sensibilizar os participantes, quanto ao tema em questão, para verificar como as Políticas

de humanização no SUS estão sendo desenvolvidas a partir dos módulos estudados. Este encontro colaborativo ocorreu na Universidade do Estado do Pará, onde inicialmente foram dadas as boas vindas e esclarecidos os propósitos da segunda fase da pesquisa colaborativa. A pesquisadora apresentou o tema, compartilhou as experiências como assessora pedagógica no curso de medicina.

No encontro a pesquisadora apresentou a proposta dos encontros colaborativos e a finalidade da criação de um Grupo de Formação Reflexiva para o compartilhamento das atividades dos módulos. Na sequência, iniciou-se a metodologia da Roda de conversa, onde os docentes expuseram suas atuais atividades desenvolvidas nos módulos, a partir das perguntas norteadoras: “O que você entende sobre as Políticas de Humanização do SUS?”; “Quais as contribuições do módulo GIESC para implementação das Políticas de Humanização?” Estas perguntas tiveram como objetivo levantar informações dos participantes relacionadas a Política de Humanização do SUS na formação médica. As respostas dos participantes apresentaram percepções e perspectivas acerca do uso do tema abordado e serviram para viabilizar o planejamento das ações dos outros encontros com os participantes. Abaixo é possível visualizar algumas manifestações dos participantes na Roda de Conversa:

A política de humanização do SUS, foi uma política criada para melhorar a questão do acolhimento, atendimento, principalmente um atendimento mais humanizado, melhorar a qualidade da saúde primária, ela veio nesse sentido, não só da atenção primária, mas para todos os níveis de atenção, um dos fatores, trazendo mais para a questão de educação em saúde, é que a política de humanização, para você integrar o aluno, desde o início casada com o PBL das metodologias ativas, para que se torne a formação do médico muito mais sensível, as questões sociais e de medicina centrada na pessoa, mesmo no cuidado com o paciente, do cuidado com a saúde (P6-F37, 2017).

Há princípio, eu acho que é uma redundância, porque as pessoas todas devem tratar humanização com técnica, então a questão de você estipular um programa só pra isso é sinal que nós estamos falhando no modo de atender (P7-M66, 2017).

Entendo que a política de humanização, ocorre desde quando a gente recebe esse paciente na unidade, acolhimento, a conversa antes mesmo de começar a entrevista para a consulta (P8-F35, 2017).

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

Após a aplicação da metodologia da roda de conversa, definimos a data do próximo encontro, assim sendo, os participantes sugeriram trocas de experiências através do grupo de whatsapp já existente. Destarte, aconteceu o primeiro encontro colaborativo onde foram enfatizadas as contribuições

das Políticas de Humanização no SUS na formação médica, para que os envolvidos pudessem refletir sobre suas práticas e a necessidade de oficinas com metodologias ativas.

Compreende-se que os docentes como sujeitos podem construir conhecimento sobre o ensinar na reflexão crítica sobre sua atividade, na dimensão coletiva e contextualizada da IES. As discussões, realizadas anteriormente no primeiro encontro, serviram para o planejamento das ações do segundo encontro denominado “Diálogos Interdisciplinares: Experiências de Formação no Ensino Superior”, de acordo com a figura 9, um evento da UFOPA através do Centro de Formação Interdisciplinar (CFI) em parceria com a UEPA, ocorrido no Auditório central da UEPA. Esse evento contou com participação de público de outras IES, assim como participação de discentes, docentes e coordenações da UEPA e outras instituições.

Figura 9 – Folder do evento UFOPA / UEPA (2017)

Programação:	
Credenciamento	17h e 30min
Local: Hall do Auditório – Uepa	
	18h e 30min
Abertura	
Prof.ª Dra. Cristina Vaz Duarte da Cruz Diretora do Centro de Formação Interdisciplinar/Ufopa	
Prof.ª Dra. Silvânia Takemashi Coordenadora do Campus XII – Santarém	
	18h e 45min.
Palestra: Metodologias Ativas e Formação no Ensino Superior	
Palestrante: Prof. Dra. Ilma Passos Alencastro Veiga Professora Titular Emérita e pesquisadora associada sênior da Universidade de Brasília e membro da Comissão de Supervisão Pedagógica dos Cursos de Formação de Professores/MEC.	
Facilitador: Sílvia Almeida Ferreira	
	20h 00min.
Mesa Temática – Práticas Interdisciplinares e Experiências de Formação no Ensino Superior	
Palestrantes:	
Prof. Ma. Zilma Nazaré de Souza Pimentel Coordenadora Adjunta do Curso de Medicina/Uepa	
Prof. Me. John Henry de Oliveira Vale Coordenador Adjunto do Curso de Fisioterapia/Uepa	
Prof. Dr. José Antônio Oliveira Aquino Coordenador do Programa de Ciências Exatas Iced/Ufopa	
Prof. Dr. Teógenes Luiz Silva da Costa Instituto de Saúde Coletiva/Ufopa	
Mediador: Sílvia Almeida Ferreira Coordenador Acadêmico - CFI/Ufopa	
	21 h 30 min
Coquetel de Encerramento e Apresentação Cultural	
Para mais informações acesse WWW.even3.com.br/cfiufopa Centro de Formação Interdisciplinar - CFI/Ufopa Av. Mendonça Furtado, 2046, 2º andar – Bairro Filadélfia – Santarém – Pará CEP: 68.040-050 – Fone: (93) 2101-6548 – E-mail: cfcordensino@gmail.com	

Fonte: Divulgação do evento (2017).

Entende-se que a atividade docente é ligada à ação educativa mais ampla que ocorre na sociedade que é o ensinar. Na sua acepção corrente, é definida

como uma atividade prática. Com o intuito de proporcionar embasamento teórico com os participantes do estudo, sobre as metodologias ativas utilizadas no curso de medicina, atendendo uma das necessidades dos participantes, mencionado no primeiro encontro, com a Palestra de “Metodologias ativas: na formação do ensino superior”. Este encontro foi retificado através do grupo de *whatsapp*, onde muitos justificaram ausência, devido compromissos profissionais em outras IES.

Esse encontro foi remarcado por duas vezes, por indisponibilidade dos participantes, corroborando os estudos de Sales (2016, p. 136) que afirma: “[...] há pouca frequência dos docentes tutores nos planejamentos pedagógicos oferecidos pela instituição; há múltiplas atuações ocupacionais dos docentes, que de alguma forma acabam implicando no compromisso dos mesmos; há desvalorização da profissão docente”. Destaca-se nesse estudo que tem-se um baixo número de docentes efetivos no curso, gerando alta rotatividade, devido a contratação temporária por um ano, podendo ser renovada por mais um conforme editais lançados pelo *site* da IES para contratação de professor substituto.

Iniciou-se este encontro com roda de conversa sobre o evento “Diálogos Interdisciplinares: Experiências de Formação no Ensino Superior”; os participantes relataram a importância de eventos como estes na Instituição, pois o uso de metodologias ativas dentro do contexto interdisciplinar é algo que está em construção, tornando-se necessária discussões que venham provocar ou inquietar a forma de como vem sendo desenvolvida tais atividades no ensino superior, uma participante, comentou como foi gratificante ter participado e o quanto aprendeu.

Legendre (1993, p. 845) diz que “[...] a metodologia é um conjunto de métodos utilizados dentro de um determinado setor de atividades”. Pode-se se dizer então que a metodologia de ensino compreende a utilização de método(s) e pressupõe a utilização de procedimentos didáticos e técnicos (estratégias de ensino) no processo de ensino-aprendizagem. A metodologia

de ensino-aprendizagem deve considerar o ensinar e o aprender, numa parceria entre professor e alunos, a condição fundamental para o enfrentamento dos conhecimentos, habilidades e atitudes, necessários à formação do aluno durante a graduação. Assim, deve se constituir numa unidade dialética processual, na qual o professor no papel de tutor, condutor, orientador e o aluno como mobilizador, construtor e elaborador de síntese do conhecimento.

Na sequência, abordou-se a avaliação do semestre letivo e andamento das atividades no GIESC e INC, a partir da pergunta “Como você compreende o processo avaliativo no Módulo?”. Para UEPA (2005) a avaliação deve ser integrada ao ensino e orientada para a aprendizagem, com a finalidade formativa e somativa. Os resultados são discutidos, sistematicamente, com vistas a verificar se os objetivos estão sendo alcançados.

Os participantes expuseram suas manifestações; destacando-se a seguir a fala da coordenação do curso estudado:

São acompanhados e avaliados nos encontros periódicos, avaliações periódicas, se procura mostrar para eles como é o projeto pedagógico do curso, o que se espera de cada um deles, o que se espera da avaliação que eles devem fazer com os alunos, a vivência deles, o tempo que eles dedicam a essa vivência com os alunos. Então esses encontros periódicos se faz discursões onde se procura também ouvir dos docentes a suas necessidades, de que forma o curso pode ajudá-los a aperfeiçoar e a melhorar (C1-F64, 2017).

De acordo com a fala de C1, os docentes são acompanhados e avaliados na IES com base no Art. 38 e Inciso VIII do Estatuto da (UEPA 2015, p. 31), “promover, em conjunto com as Coordenações de Curso, sistemática avaliação de desempenho docente, acompanhando o desenvolvimento dos conteúdos programáticos em cada turma/disciplina ao final de cada semestre letivo”.

Da mesma forma, também são avaliados os discentes pelos docentes do curso, com ênfase em duas falas produzidas durante os encontros colaborativos:

As avaliações são várias atividades e são continuamente, sendo a formativa e somativa são realizadas. O TCA³⁸ contribui com o processo avaliativo, porque quando eles começam a buscar sobre o projeto a ser desenvolvido também estão sendo avaliados (P2-F41, 2017).

Eles são avaliados todos os dias, avaliação formativa, a gente ver frequência, disciplina, a relação médico paciente, a ética (P5-M65, 2017).

Consoante com as falas de P2 e P5, os discentes são avaliados, em concordância com o que preconiza os Projetos Pedagógicos e DCNs para o Curso de Medicina.

Este encontro foi desenvolvido no início do semestre letivo, com o tema Planejamento docente para 2018, teve como objetivo o ensino aprendizagem, através da política de humanização do SUS na formação médica, e orientações para o semestre.

Teve-se um pequeno número de docentes participando das atividades do planejamento, conforme os motivos explicados em outras falas, e isso faz com que não haja um planejamento eficiente e eficaz envolvendo todos os docentes envolvidos nos módulos estudados, geralmente os docentes que mais participam das atividades de cunho acadêmico, são os contratados temporariamente por um ano, podendo ser prorrogado por mais um ano, os efetivos, pouquíssimos participam de reunião, planejamento, oficinas, e são nesses momentos que ocorrem trocas de experiências riquíssimas, que cada docente traz em sua bagagem de conhecimentos, Arroyo (2013) afirma que a riqueza de experiências sociais e de conhecimentos é a diversidade de sujeitos políticos e culturais.

³⁸ O discente realiza um Trabalho Científico Anual (TCA) em forma de relatório científico ou artigo científico de complexidade crescente.

Devido a essa baixa frequência e participação docente, não permitiu a instalação do Grupo de Formação Reflexiva, a rotatividade nos encontros colaborativos, a cada encontro. Arroyo (2013) considera que o lugar onde marcamos nossa formação é no trabalho. Nós aprendemos e vamos conformando nossas identidades docentes na própria docência, no cotidiano das salas de aula, na prática de preparar.

Momentos de reflexão e de comprometimento com a melhoria do modo de ensinar e de aprender. “A busca por melhores rendimentos é imprescindível, já que a qualidade no ensino é o compromisso mantido pela UEPA. O professor é um ser humano, sua docência é humana docência com tudo o que implica escolha, de realização humana” (ARROYO, 2013, p. 26). Na seção a seguir, adentra-se nos módulos estudados.

4.3 Percepção quanto a organização dos módulos estudados

A percepção da coordenadora e docentes quanto à contribuição dos módulos GIESC e INC para a formação humanizada do futuro médico da UEPA Campus XII – Santarém, está manifestada nos fragmentos de discurso, a seguir:

Eles tem um Trabalho de Conclusão Anual-TCA, que está vinculado as atividades que são desenvolvidas no INC/GIESC, e geralmente são problemas que eles identificaram na comunidade, os levantamentos dos trabalhos de conclusão são trabalhos por problemas que eles identificaram na comunidade, as diversas jornadas, simpósios, geralmente são decorrentes também da identificação daquilo que eles perceberam nas comunidades que eles atuam. Então *há um dinamismo bem grande entre as atividades que são desenvolvidas nos módulos* (C1-F64, 2017).

A importância do GIESC no curso *consegue suprir a necessidade do aluno em estar, em ser e vivenciar a*

medicina, é lá que ele vivencia, é lá que ele consegue contato com o paciente, coisa que ele não consegue ter em habilidades e no laboratório que ele tem contato com o colega, lá ele vivencia como é ser médico, e ai a gente vai trabalhando o caráter desse aluno em termos profissionais, como ele trata o paciente (P4-F37, 2017).

O GIESC é a mão grande da faculdade, é aqui que o aluno põe a prova os conhecimentos teóricos que vem adquirindo ao longo do curso, então lá ele tem uma formação teórica e aqui ele *tem uma formação prática e humanista*, ele tem que juntar as duas coisas, por isso que o INC na verdade é a mão grande da universidade, aqui que a gente vai ver se a pessoa tem ou não tem uma boa formação, porque na prática o cuidado com o paciente te observa se o médico é bem informado ou não, e aqui aprende técnicas que ele não teria tem como aprender lá na universidade, porque lá está vendo muitas vezes a fisiopatologia, a anatomia, mas não o cuidado, que você tem ou o dia a dia com o usuário, com os hábitos do usuário, estilo de vida, os problemas que ele traz da comunidade, as dificuldades econômicas que ele tem, isso tudo você só aprende aqui (P7-M66, 2017).

Acredito que a gente poderia tentar ver um caminho que ligasse todos eles, de modo único, porque tudo que os alunos vêm na universidade, através dos outros módulos, eles em si são mais teorias, e é no GIESC que eles vão colocar em prática, *e muitas vezes o que eu vejo é que boa parte dos alunos não enxergam isso*, se preocupam mais com a teoria e a parte prática eles deixam um pouquinho de lado, porque eles ficam tão preocupados em aprender a teoria, que na prática eles não querem perder tempo avaliando o paciente, eles querem o conteúdo e as vezes a prática eles deixam um pouco de lado (P8-F35, 2017).

Sim, em geral, eles sempre comentam, quando eles veem um paciente, eles sempre comentam “lembra

que a gente viu um caso parecido, com tal problema na tutoria” então, tem integração, *aqui eles estão aplicando na prática o que eles estão vendo lá*, então tanto habilidades, quanto a parte de conhecimento teórico, tudo isso, eu vejo que eles conseguem integrar bem (P6-F37, 2017).

As manifestações de C1 e dos docentes P4, P6, P7 e P8 evidenciam que os módulos analisados buscam trabalhar a relação teoria – prática e, a partir das disciplinas Humanidades Médicas³⁹ e Habilidades Profissionais⁴⁰ – onde os discentes recebem a teoria para, posteriormente, aplicarem nas práticas destes módulos, revelam que a humanização está presente na formação inicial dos futuros médicos desta universidade amazônica. Nestes componentes curriculares encontram-se interligados a formação inicial com seu aprendizado profissional, congregando práticas do sistema de saúde, assim como particularidades e especificidades das comunidades, às quais os futuros médicos poderão vir a atuar. Entretanto, P8-F35 destaca em seu discurso uma falta de maturidade acadêmica de alguns discentes para compreender a relevância deles em seu processo formativo.

Procurou-se saber a opinião dos docentes em relação à operacionalização dos módulos INC/GIESC, como é percebido o planejamento institucional e dos docentes para a realização dos mesmos. Assim, chegou-se à conclusão que os docentes percebem como positivo o planejamento, e que atende o preconizado os documentos legais, no calendário acadêmico anual da IES, aprovado pelo Conselho Universitário, já é previsto datas para o referido planejamento, que é operacionalizado pela assessoria pedagógica do campus em conjunto com a coordenação adjunta de cada curso. A seguir, as falas dos docentes pesquisados:

³⁹ Humanidades Médicas: “[...] usando a metodologia dialética e estratégias de ensino-aprendizagem e outras que possibilite ao aluno a capacidade de mobilizar os conhecimentos (saber), as habilidades (saber fazer) e as atitudes (saber ser) na resolução de problemas que terá que enfrentar como profissional de saúde.” (UEPA, 2015, p. 61).

⁴⁰ Habilidades Profissionais: “[...] e em seu planejamento deve prever o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades clínicas, cirúrgicas e atitudes necessárias ao bom desempenho profissional.” (UEPA, 2015, p. 62).

Penso que precisa de uma uniformização das condutas, pois também fui acadêmica na IES, no qual hoje sou docente, percebo que nem todos tem a aptidão para saúde da família, da humanização nem todos os docentes. Não sei como está sendo trabalhado isso agora, mas lembro que quando era aluna, nem todos tinham esse olhar, ou seja, era muito tratar a doença, consultas rápidas, até porque os serviços te põem a atender muita gente e muitas vezes não dá pra ficar, ter um tempo necessário de escuta, mas tentamos minimizar essas dificuldades, essas falhas do sistema mesmo e tentamos fazer o melhor pelo paciente (P1-F35, 2017).

O planejamento entre a gente, as ações que são coletivas, elas são todas muito bem programadas, ou seja, a gente procura fazer, mesmo que os grandes grupos da turma sejam divididos. Temos o apoio da instituição, sempre que precisamos, entramos em contato com a assessoria pedagógica ou a coordenação, a secretaria, que estão sempre à disposição, mas a gente ainda não enfrentou nenhuma dificuldade que fosse a uma necessidade extrema (P2-F41, 2017).

O Planejamento docente existe, temos o cronograma, esse cronograma já vem pré definido de Belém, a gente deve adaptar a nossa necessidade, porque temos que adaptar a nossa necessidade, porque como agente só vai a cada grupo uma vez na semana, eu tenho que adaptar as necessidades da semana daquele dia do posto de saúde, as vezes está no cronograma PCCU, mas naquele dia não tem PCCU, o que tenho que fazer, outras coisas e pedir a gentileza da enfermeira que ela pegue algumas mulheres e marque em um dia que não é PCCU que ela venha fazer o PCCU (P4-F37, 2017).

Tem planejamento, nós fizemos uma avaliação do INC com todos os professores, nós por exemplo, colocamos

a necessidade de você ter uma formação na atenção básica, que pudesse levar o aluno a compreender o sentido de sua formação no aspecto social, e aqui na nossa comunidade, nós já estamos implantando o projeto de centro-saúde-escola, aqui está começando a funcionar, onde os alunos não vem só para fazer consultas médicas e observar, vão na comunidade conhecem os programas, trabalham na educação continuada do centro de saúde, dos ACS, dos agentes, enfermeiros (P5-M65, 2017).

Eu acredito que a gente precisaria de mais rodas de conversas, simpósios, atividades que reunissem acadêmicos, preceptores, diretoria da UEPA, para que a gente realmente estivesse sedimentado, coisas práticas, até mesmo informar os preceptores dos congressos que estão tendo nessa área, se chegar alguém na cidade que aborde esse tema, que pudéssemos nos comunicar através dos nossos contatos e-mail, whatsapp e etc (P8-F35, 2017).

Olha, com a professora Andréa Mardock⁴¹ percebo que existe, ela faz acompanhamento muito legal, acho bem interessante esse olhar individualizado dos alunos, acho assim fundamental, supre de alguma forma a ausência do Grupo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina (GAPEM), percebo que supre, porque vocês estão tendo um cuidado que não é normal a gente vê nas faculdades. Sinto a faculdade muito familiar, não sei se o termo é esse, muito afetiva com os alunos, percebo isso (P9-F43, 2017).

Percebe-se através das falas de todos os participantes que existe o Planejamento, mais que ainda precisa ser melhorado de acordo com a fala de C1 relata algumas dificuldades devido à alta rotatividade de docentes, por falta de concurso público, P4 em fixar algumas UBS para os módulos em

⁴¹ Assessora Pedagógica do curso de medicina e pesquisadora.

estudo, P8 mais sedimentação com rodas de conversas, simpósios... e, P9 o funcionamento do GAPEM. Entretanto, chama a atenção a fala de P1 quando diz que não existe uniformização das condutas, pois a mesma não vivenciou essa uniformização quando foi acadêmica do Curso e nem como está sendo trabalhado na atualidade como docente.

Sobre o planejamento, Larchert (s.d., p. 59) descreve que o mesmo pode ser entendido como: [...] uma tomada de decisão sistematizada, racionalmente organizada sobre a educação, o educando, o ensino, o educador, as matérias, as disciplinas, os conteúdos, os métodos e técnicas de ensino, a organização administrativa da escola e sobre a comunidade escolar.

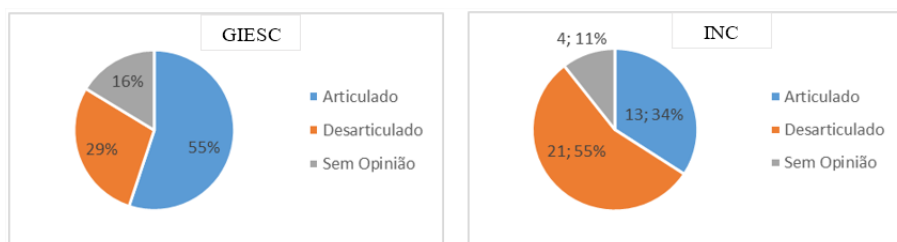
Observou-se, a partir das ideias da autora, que o planejamento permeia muitas dimensões do processo formativo e que o mesmo é importante para otimizar problemas durante a realização das atividades acadêmicas que contemplem a formação. O planejamento também é fundamental para assegurar a qualidade do ensino.

Nesse sentido, vale reforçar o que nos afirmou Paulo Freire (1998, p. 52): “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.” Para isso, é preciso que, no ato de se pensar o ensino, se leve em conta as múltiplas dimensões nele existentes; além das dimensões ontológicas, epistemológica, política, ética, pedagógica – há testemunhos e vivências, posto que o ensino se dá nas relações humanas.

Diante disso, planejar a aula é muito mais do que o mero preenchimento de formulários de planos de ensino, seguir aspectos burocráticos para atender às demandas da instituição. Planejar significa levar em conta a vida na sala de aula e/ou na prática dela, preparar situações que permitam que a vida se faça no ambiente acadêmico, facilitando assim o aprender dos discentes e a retomada de estratégias e metodologias com vistas ao progresso das relações travadas nesse ambiente, tanto as cognitivas, quanto as emocionais que, muitas vezes, são deixadas de lado, relegadas ao esquecimento por não estarem ligadas aos aspectos quantitativos valorizados pela IES.

A fim de possibilitar uma análise mais concreta sobre a percepção da organização dos módulos INC e GIESC, perguntou-se aos discentes como eles percebem a organização para promover a aplicabilidade da teoria na prática (relação teoria-prática) a partir de suas vivências acadêmicas no Curso. Assim, concluiu-se que, no módulo GIESC é considerado por 55% articulado, enquanto que no INC 55% consideram desarticulado, vê-se gráfico 15.

Gráfico 15 – Percepção discentes na organização dos módulos estudados para promover a aplicabilidade da teoria na prática, no GIESC/INC



Fonte: Mardock (2018, p. 123)

Ao questionar-se os discentes sobre a percepção deles em relação a organização dos módulos, verificou-se que as opiniões se divergem. Sendo que no módulo GIESC a maioria considera articulado e no módulo INC a maioria considera desarticulado no curso. Neste empasse, destaca-se que a teoria não está articulada com a prática. Assim, conforme tais manifestações, algumas destas opiniões são apresentadas no quadro 14, a seguir:

Quadro 14 – Percepções discentes quanto a organização dos módulos estudados

GIESC	INC
“Botamos em prática conhecimentos advindos dos saberes teóricos em sala de aula” Med-2A.5 “Sempre realizamos atividades ou orientamos paciente de acordo com o aprendizado nas aulas de habilidades” Med-2A.6 “Muitas vezes, tem o dever de estudar os conteúdos cuja prática será feita durante o GIESC, o que promove uma integração teoria e prática” Med-2A.7 “Geralmente o que estudamos na sala de aula, conseguimos aplicar no contato que temos com os pacientes no GIESC” Med-2A.10	“Alguns INCs foram bons e outros não. Nem sempre há pacientes com o que estamos estudando, mas na maioria das vezes não houve uma articulação dos saberes teóricos” Med-5B.12 “O que estudamos na teoria muitas vezes não bate com o visto na prática” Med-6A.4 “Apesar dos professores excelentes, o INC não é organizado de modo que trabalhemos no posto aquilo que estamos estudando na teoria” Med-6A.5 “Falta de sincronia entre assunto proposto e ofertado” Med-7B.4

Fonte: Mardock (2018, p. 124)

Os estudos de Sales (2016), também retratou sobre essas manifestações da coordenadora e docentes, que a instituição se preocupa e efetua atividades de planejamento institucional e fica perceptível o interesse para melhorar o processo como um todo. Nota-se também, que os docentes percebem uma melhoria neste aspecto do planejamento. No entanto, chama-se a atenção para a inquietação do coordenador quando cita a baixa frequência de docentes nos planejamentos pedagógicos.

A fala de P3-M34 (2017), corrobora com as manifestações dos participantes do INC, que apesar do Planejamento existente, existe a necessidade da ligação com os demais módulos do curso, para existir a teoria e a prática:

Penso que poderíamos integrar no início do semestre as atividades propostas, pois percebemos a ligação com as outras disciplinas como morfo, habilidades, ela é bem entrelaçada. Muitas das vezes a gente consegue entrar em contato com outros professores, para trabalharmos

a mesma coisa em cada módulo, por exemplo, trabalho PCCU no GIESC onde tá sendo trabalhado PCCU em habilidades então a gente consegue de alguma forma entrelaçar unificando os dois.

Temos acompanhamento da instituição, até porque a instituição exige dos docentes os planos de aula, horário, dia, tudo organizado justamente para isso pra gente poder organizar as condutas relevantes.

Nos remete a mesma inquietação, de acordo com o planejamento institucional os próprios docentes devem ter consciência da simultaneidade dos módulos, sendo que nem sempre é possível essa sincronia pela baixa frequência de docentes nos planejamentos pedagógicos institucionais, realizado na instituição no início de cada semestre letivo, em concordância com a data prevista no calendário acadêmico institucional, onde é perceptível que os docentes efetivos e/ou médicos pouco participam das atividades de cunho pedagógico na IES, onde podemos explicitar o quanto influencia no andamento das atividades, através da percepção dos discentes, dos 4 docentes do módulo INC participantes do estudo, somente 1 participou do planejamento pedagógico em 2017, enquanto que do GIESC, os 4 participantes participaram do planejamento.

Para Benedito, Ferrer e Ferreres (1995), a docência deve ser comprometida com a ideia de potencializar a aprendizagem dos estudantes, com o fortalecimento do conhecimento construído nas aulas e nos diferentes espaços educativos e que seja relevante para a formação profissional e que contribua com a melhoria da sociedade.

A história da fragilidade da formação docente é longa. UNESP (2011) Apontamos três grandes momentos marcados pela falta de: teoria, interesse dos dirigentes e interesse do professor. A obra de Comenius (1592-1670), *Didática Magna*, considerada uma das primeiras sistematizações científicas da arte de ensinar, é de meados do século XVII (várias elaborações entre 1621 e 1657). Antes, havia textos esparsos, desde as reflexões sobre educação de

Platão (428/348/7 a.C.); Aristóteles (384 – 322 a.C.); até obras como Instituto Oratória, de Quintiliano (35-95); de Magistro, de Santo agostinho (354-430); Eruditio Didascalica, de Hugo de São Vitor (1096-1141); De Magistro, de Santo Tomás (1225-1274), ou mesmo a contribuição de autores como Erasmo (1466-1536) e Lutero (1483-1546), mas que tinham, de um modo geral, mais um caráter de orientação moral do que propriamente de reflexão sobre os fundamentos do ensino. Com De Disciplinis, de Vives (1492-1540), com a Ratio Studiorum (1599), dos jesuítas, e com o Memorial de Frankfurt ou o Aporiam Didactici Principio, de Ratke (1571/1635), já há uma maior sistematização e fundamentação do ensino, bem como uma aproximação da organização do cotidiano escolar (embora ainda se mantenha uma forte carga religiosa, sobretudo na Ratio). Portanto, como as produções sobre o ensino eram raras, pouco específicas e ainda de difícil circulação (a imprensa é só de meados do século XV), foram séculos de exercício do magistério sem a possibilidade de fundamentação maior por falta da existência da mesma. Em um segundo momento, final do século XVIII, início do XIX, já há teoria disponível, mas foram os governantes que não tiveram interesse em formar bem os professores, pelo perigo que poderiam oferecer à ordem dominante. No final do século XX e início do XXI, há teoria e governos desejando a formação docente, mas falta o querer de muitos professores, porque a profissão se tornou desinteressante ou porque acham que não precisam de formação (familiaridade).

Sobre a influência na formação humanizada do futuro médico através do GIESC/INC, a percepção dos discentes, constatou-se que há influência em ambos os módulos. Onde no módulo GIESC a 92% diz que Sim, tem influência e no módulo INC 89% diz que sim. Dessarte, considera-se que os módulos influenciam o futuro médico a serem mais humanistas. Vê-se no gráfico 16.

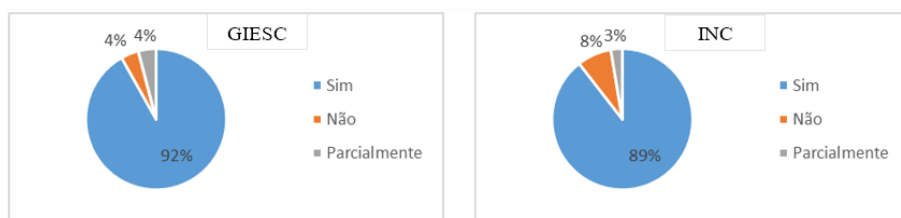
Gráfico 16 – Influência na formação humanizada do futuro médico através dos módulos estudados



Fonte: Mardock (2018, p. 126)

Destacam-se as manifestações pelos discentes, sobre a influência do módulo GIESC na formação humanizada do futuro médico, em conformidade com o quadro 16, na página seguinte. Com relação a percepção dos discentes sobre a formação humanizada do médico egresso deste curso, tomando por base os módulos Gestão, Interação, Ensino, Serviço e Comunidade (GIESC) e Interação Comunitária (INC), encontra-se ilustrada seus percentual no gráfico 17.

Gráfico 17 – Percepção da formação humanizada do futuro médico pelos discentes estudados



Fonte: Mardock (2018, p. 126)

A leitura do gráfico anterior revela que a maioria dos discentes concordam que os módulos GIESC e INC contribuem para uma formação mais humanizada do futuro médico da UEPA, atingindo os percentuais de 92% e 89% respectivamente.

No quadro 15, encontram-se ilustradas as justificativas, de caráter mais qualitativo, da percepção de alguns discentes sobre a formação humanizada do futuro médico.

Quadro 15 - Percepção dos discentes da IES estudada sobre sua formação humanizada

GIESC	INC
“Contato maior com o paciente e, assim, podemos aprender a humanizar nosso atendimento” (Med-2A.5, 2017)	“Pela prática da relação-médico paciente” (Med-5B.2, 2017)
“Possibilita o contato direto com o paciente desde o primeiro semestre” (Med-2A.11, 2017)	“No INC é que começamos a desenvolver nossas habilidades médicas e a relação como o paciente” (Med-5B.6, 2017)
“Por ser o contato primário com o paciente” (Med-3B.1, 2017)	“Ajuda a aprender com a realidade e lidar com pessoas” (Med-6A.1, 2017)
“Nos permite desde o início a lidar com o paciente e acompanhar condutas corretas” (Med-4A.7, 2017)	“Os professores médicos se empenham para formar médicos humanizados” (Med-6A.7, 2017)
“Permite a inserção do estudante na prática de campo, permitindo que o mesmo coloque em prática princípios de humanização” (Med-4A.12, 2017)	“Incentivo da Humanização pelo profissional” (Med-7B.2, 2017)

Fonte: Mardock (2018, p. 127)

No quadro anterior pode-se identificar que os futuros médicos dessa universidade anunciam que a relação teoria prática está efetivamente presente nos módulos estudados, sendo que um deles explicita em sua fala colocar em prática os princípios da humanização no módulo GIESC e no módulo INC dois deles fazem esta manifestação (Med-6A.7 e Med-7B.2).

A inserção longitudinal na prática do SUS (BERBEL, 1998; MITRI, 2008; SIQUEIRA, 2013), seja no acompanhamento de famílias ou em atividades de gestão, contribuiu: para a sedimentação de conhecimentos, para a percepção da realidade na Saúde Pública, da responsabilidade profissional e social (CAMPOS, 2005), e estimulou a participação ativa dos estudantes junto ao SUS e à comunidade.

Conclui-se que existe a formação humanizada a partir desses módulos, mas, retornando ao particular da questão da humanização na saúde, entende-se que uma política de humanização efetiva só pode funcionar se compreendida como uma verdadeira intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde, e assim como nos diferentes níveis de efeitos que ela comporta. Para isto, essa intervenção não pode ser menos que uma política, isto é, um dispositivo de amplo alcance sustentado pela maior instância de gestão do Estado. O fato de a humanização ter sido apresentada, até recentemente, como um programa e não como uma política, limitava suas possibilidades de autorização – e portanto de intervenção nos espaços onde era proposta (REIS *et al.* 2004, p. 42).

Quanto a percepção dos discentes em relação aos módulos que mais contribuem para a formação humanizada do futuro médico. As manifestações predominantes foram, consoante ao quadro 16.

Quadro 16 - Módulos que mais contribuem para a formação humanizada do futuro médico, segundo discentes do GIESC/INC

GIESC	INC
“GIESC”	“INC”
“Humanidades Médicas”	“Habilidades Profissionais”

Fonte: Mardock (2018, p. 128)

A análise do quadro anterior permite-nos perceber que os módulos que mais contribuem para a formação humanizada do futuro médico da UEPA Campus XII – Santarém, ver quadro 17 a seguir.

Quadro 17 - Módulos que mais contribuem para formação humanizada do futuro médico, segundo Projeto Pedagógico do Curso estudado

GIESC	INC	HM	HP
[...] O GIESC permitirá ao estudante realizar a abordagem centrada na pessoa, pelos princípios e ferramentas da atenção primária e pelo trabalho com membros da comunidade, nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, associados ao processo saúde-doença (UEPA, 2015, p. 61).	[...] Os estudantes conduzem, em equipes, com a supervisão do Docente/Médico, pesquisas na comunidade, experiências em vigilância à saúde, análise e solução de problemas, bem como desenvolvimento de habilidades clínicas relacionadas aos cuidados de saúde individual e da comunidade (UEPA, 2005, p. 46).	[...] usando a metodologia dialética e estratégias de ensino-aprendizagem e outras que possibilite ao aluno a capacidade de mobilizar os conhecimentos (saber), as habilidades (saber fazer) e as atitudes (saber ser) na resolução de problemas que terá que enfrentar como profissional de saúde (UEPA, 2015, p. 61).	[...] e em seu planejamento deve prever o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades clínicas, cirúrgicas e atitudes necessárias ao bom desempenho profissional (UEPA, 2015, p. 62).

Fonte: Mardock (2018, p. 128), com base no PPC UEPA, 2015 e PPP UEPA, 2005.

Na percepção da coordenadora e docentes os módulos contribuem para a formação humanizada do futuro médico da UEPA Campus XII - Santarém são de acordo com as manifestações a seguir.

Eles tem um Trabalho de Conclusão Anual-TCA, que está vinculado as atividades que são desenvolvidas no INC/GIESC, e geralmente são problemas que eles identificaram na comunidade, os levantamentos dos trabalhos de conclusão são trabalhos por problemas que eles identificaram na comunidade, as diversas jornadas, simpósios, geralmente são decorrentes também da identificação daquilo que eles perceberam nas comunidades que eles atuam. Então há um dinamismo bem grande entre as atividades que são desenvolvidas nos módulos (C1-F64, 2017).

A importância do GIESC no curso, consegue suprir a necessidade do aluno em está, em ser e vivenciar a medicina, é lá que ele vivencia, é lá que ele consegue contato com o paciente, coisa que ele não consegue ter em habilidades e no laboratório que ele tem contato com o colega, lá ele vivencia como é ser médico, e ai a gente vai trabalhando o caráter desse aluno em termos profissionais, como ele trata o paciente (P4-F37, 2017).

O GIESC é a mão grande da faculdade, é aqui que o aluno põe a prova os conhecimentos teóricos que vem adquirindo ao longo do curso, então lá ele tem uma formação teórica e aqui ele tem uma formação prática e humanista, ele tem que juntar as duas coisas, por isso que o INC na verdade é a mão grande da universidade, aqui que a gente vai ver se a pessoa tem ou não tem uma boa formação, porque na prática o cuidado com o paciente te observa se o médico é bem informado ou não, e aqui aprende técnicas que ele não teria tem como aprender lá na universidade, porque lá está vendo muitas vezes a fisiopatologia, a anatomia, mas não o cuidado, que você tem ou o dia a dia com o usuário, com os hábitos do usuário, estilo de vida, os problemas que ele traz da comunidade, as dificuldades econômicas que ele tem, isso tudo você só aprende aqui (P7-M66, 2017).

Acredito que a gente poderia tentar ver um caminho que ligasse todos eles, de modo único, porque tudo que os alunos vêm na universidade, através dos outros módulos, eles em si são mais teorias, e é no GIESC que eles vão colocar em prática, e muitas vezes o que eu vejo é que boa parte dos alunos não enxergam isso, se preocupam mais com a teoria e a parte prática eles deixam um pouquinho de lado, porque eles ficam tão preocupados em aprender a teoria, que na prática eles não querem perder tempo avaliando o paciente, eles querem o conteúdo e as vezes a prática eles deixam um pouco de lado (P8-F35, 2017).

[...] porque qual é a base da disciplina HM é trabalhar com eles essa questão relacionada a transferência com a transferência, que é a base da relação terapêutica, então trabalho com eles o entendimento da questão da personalidade do indivíduo, para que eles possam detectar fatores psíquicos que é a área psicóloga, mas que eles possam entender que sempre que eles vão atender um paciente, vai ser um encontro de subjetividade, que eles possam perceber que vai haver uma troca de afetos, entre ele médico e o paciente, é uma disciplina que ajuda muito a manter a própria sanidade do estudante (P9-F43, 2017).

Sim, em geral, eles sempre comentam, quando eles veem um paciente, eles sempre comentam “lembra que a gente viu um caso parecido, com tal problema na tutoria” então, tem integração, aqui eles estão aplicando na prática o que eles estão vendo lá, então tanto habilidades, quanto a parte de conhecimento teórico, tudo isso, eu vejo que eles conseguem integrar bem (P6-F37, 2017).

A partir das manifestações dos docentes C1, P4, P6, P7, P8 e P9, observa-se que os módulos citados contribuem para a formação humanizada do futuro médico da UEPA, atividades desenvolvidas em Humanidades Médicas e Habilidades Profissionais, onde recebem a teoria para no GIESC e no INC favorecer a aplicação nas práticas, ou seja, coligando a formação e a aprendizagem profissional, congregando práticas do sistema de saúde, assim como particularidades e especificidades das comunidades nas quais esses futuros profissionais vão estar inseridos.

As concepções de medicina e os objetivos da formação médica parecem ter diferenças em cada uma das disciplinas e áreas da educação médica, o que prejudica o diálogo. Isto seria superado com a criação de um diálogo interdisciplinar que representaria maior integração teoria-prática, só possível numa integração ensino-serviços de saúde. Para lidar com a dualidade

representada pela tecnificação da prática médica e pelo aumento crescente do agravo de problemas básicos de saúde da população, o médico deve estar apto a questionar seu papel diante de duas vertentes e a atuar na melhoria da qualidade de vida e reduzir os níveis de adoecer. Nesse sentido, a reformulação curricular nessa direção tem seus limites e resistências (KOIFMAN, 2001, p. 7).

Quanto aos saberes oriundos desses módulos analisados, alguns discentes dizem considerá-los indispensáveis para sua formação médica, expressando inclusive conteúdos que estão sendo abordados e que são importantes para sua profissão (ver quadro 18).

Quadro 18 - Percepção de discentes sobre os saberes oriundos dos módulos GIESC/INC

GIESC	INC
<p>“O <i>conhecimento sobre o SUS</i>, até o momento” (Med-1B.8, 2017)</p> <p>“Todos os saberes são indispensáveis para a formação médica, nada pode ser menos-prezado” (Med-2A.3, 2017)</p> <p>“Morfofuncional e Habilidades Médicas, os saberes advindos dessas disciplinas são de extrema relevância para um melhor diagnóstico” (Med- 2A.10, 2017)</p> <p>“Humanização da medicina, pois a relação do médico com o paciente precisa ser humanizado” (Med-2A.11, 2017)</p> <p>“Propedêutica e imunologia são componentes curriculares deficientes no curso de medicina da UEPA e indispensáveis para uma boa prática médica” (Med-4A.12, 2017)</p>	<p>“Cada módulo tem sua devida importância, principalmente no aprendizado de que realmente é importante na prática médica” (Med-5B.3, 2017)</p> <p>“Ética médica, princípios e diretrizes do SUS, método clínico centrado na pessoa, módulo de trauma, pediatria, ortopedia, conhecimentos epidemiológicos” (Med-5B.9, 2017)</p> <p>“Nem todos, tem módulos que sai do nada e vai a lugar nenhum” (Med-6A.7, 2017)</p> <p>“Conhecimento acerca do funcionamento da saúde pública, metodologia científica (falha), conhecimento dos processos fisiológicos e patológicos do ser humano e o diagnóstico clínico e laboratorial, as habilidades de comunicação clínicas e cirúrgicas (essa última é bastante falha nos módulos)” (Med-5B.2, 2017)</p>

Fonte: Mardock (2018, p. 130)

Uma das manifestações afirma que há **“Humanização da medicina, pois a relação do médico com o paciente precisa ser humanizado”** (Med-2A.11, 2017), corroborando com o já anunciado pelo corpo docente e coordenação do curso. Entretanto, encontram-se discursos que denunciam fragilidades nesta formação, principalmente quanto a “propedêutica e imunologia” (módulo GIESC) e “habilidades cirúrgicas” (INC).

Após revisão da literatura sobre a temática, constata-se que ocorreram avanços na prática médica de ensino devido a necessidade dos profissionais se adequarem as realidades emergentes, buscando qualificações de forma a atender os requisitos e as expectativas de suas funções. Por outro lado, evidencia-se fragilidades no atendimento médico principalmente nas regiões Nordeste e Norte, onde identificou-se que o estado do *Pará* mantém a segunda menor razão entre as unidades (0,97 médico por mil habitantes), *havendo menos de um médico por grupo de mil moradores*.

Em 2006, sensibilizada com as estatísticas, a Universidade do Estado do *Pará* interioriza o Curso de Medicina no município de Santarém, pioneira no Estado, o qual formou sua primeira turma em junho de 2012” (UEPA, 2015, p.33). Percebe-se que os módulos estudados têm contribuído para a diminuição do *déficit* do atendimento na região, com as práticas junto à comunidade local. Principalmente com a mudança no currículo em 2015, quando substitui o módulo INC pelo GIESC, buscando aliar a formação e a prática profissionais, incorporando práticas do sistema de saúde, com características e especificidades das comunidades, no processo formativo do futuro médico.

4.4 Percepção quanto ao processo avaliativo nos módulos estudados

A LDB 9.394/96, vem inovar em relação à anterior 4.024/61, por tratar a frequência e a avaliação do rendimento escolar em planos distintos. Prevê-se que deve haver avaliação “contínua e cumulativa do desempenho do aluno, com prevalência dos aspectos qualitativos sobre o quantitativo e dos resultados ao longo do período sobre os de eventuais provas finais”. Hadty (1994) afirmou ser um processo contínuo, sistemático, constante e planejado.

Serve para emitir valor sobre algo, julgar, assunto, objeto ou pessoa. Luckesi (2011) afirma que para saber avaliar é preciso conhecer os conceitos teóricos sobre avaliação e o mais importante aprender a prática da avaliação. Bloom e outros autores (1983) classificaram em: diagnóstica, formativa e somativa.

Os módulos devem ser acompanhados por docentes que dominem a teoria e a prática da comunidade e no serviço buscando desenvolver um trabalho em equipe multiprofissional. Consequentemente, faz-se necessário que o docente conduza o processo avaliativo durante os módulos e, nesta perspectiva, procurou-se saber junto a coordenadora, docentes e discentes como os módulos INC/GIESC são acompanhados e avaliados. Assim, perguntou-se como percebem este processo avaliativo nos módulos e, algumas falas são descritas a seguir:

São acompanhados e avaliados nos encontros periódicos, avaliações periódicas, se procura mostrar para eles como é o projeto pedagógico do curso, o que se espera de cada um deles, o que se espera da avaliação que eles devem fazer com os alunos, a vivência deles, o tempo que eles dedicam a essa vivência com os alunos. Então esses encontros periódicos se faz discursões onde se procura também ouvir dos docentes a suas necessidades, o que forma o curso pode ajudá-los a aperfeiçoar e a melhorar (C1-F64, 2017).

A fala acima nos remete as reuniões pedagógicas com os docentes, que também são avaliados pela instituição, onde são orientados quanto a avaliação formativa e somativa que abarca o campo de informação, das desenvolturas e atitudes, dos conteúdos e a semelhança com o perfil profissional.

A fim de compreender-se o processo da avaliação da aprendizagem, questionou-se os docentes para saber como eles acompanham e avaliam os discentes durante os módulos. Algumas falas são descritas a seguir:

Tem o portfólio⁴² que eles entregam, fazemos a avaliação dos seminários, tem a discussão de casos, um dia na semana, trabalhamos com a avaliação formativa e a somativa (P1-F35, 2017).

As avaliações, que procuro seguir o que está em nosso cronograma, em etapas, são várias atividades e são continuamente. Com a formativa e somativa são realizadas. A nossa última etapa agora, é que a gente vai realizar a somativa, mas antes da somativa, tenho uma que é de um seminário que eles vão expor, com base em todas essas visitas, andanças e acompanhamentos dentro da área, levantamentos de situação diagnóstica e também a prática deles das habilidades, que eles têm lá no laboratório, aqui dentro da nossa unidade.

O TCA contribui com o processo avaliativo, porque quando eles começam a buscar sobre o projeto, eles ficam mais interessados nos resultados, como, por exemplo, todo levantamento que a gente produz, de cadastros, de atualização de cadastros, de visitas de atendimento, referência a CUNASP e o atendimento no domicílio com o NASF, a gente faz uma tabela, a gente computa todos esses dados de atendimento com uma legenda, então eles começam a se interessar. “Então professora, quer dizer que se pegar esta micro área toda tenho como saber quantas pessoas são cadastradas, o total de famílias e quanto dessa população aqui faz parte do hiperdia”. Então eles começam a se interessar e saber realmente o que eles querem buscar de dados ou o que eles vão precisar de dados para o projeto deles (P2-F41, 2017).

São acompanhados todos os dias quando tem aula e a avaliação é contínua a formativa e somativa. A avaliação é diária e eles são cientes disso (P3-M34, 2017).

⁴² O portfólio pode ser definido com um conjunto das produções ou ainda de documentos, atividades que demonstram o progresso da aprendizagem, permitindo ao produtor o acompanhamento de suas produções.

Na Habilidades a gente tem dentro da humanização é relação médico paciente, quando iniciamos as aulas de habilidades temos aulas de comunicação, relação médico paciente, aí trabalha muito essa parte da humanização, dentro do GIESC eu gosto que eles vivam na prática a humanização, ele já sai com aquela teoria da HP, tenho a sorte de dá aula de Habilidades e GIESC, para mesma turma, todos que fazem GIESC dou HP e para um grupo GIESC, faço essa associação, exemplo se estou trabalhando na HP em exame físico do Sistema respiratório, quando chego no GIESC cobro sistema respiratório, consigo aliar a prática na vivência, uma coisa com a outra, dificilmente consegue aliar essa prática do dia a dia no laboratório de HP, e ai consigo isso no GIESC, trago para o GIESC, quando a gente pega uma grávida de risco, a gente consegue associar mais fisicamente o a gente aprendeu lá na HP teórica emprega no GIESC, acho pra mim foi uma sorte muito grande ter esses dois aliados (P4-F37, 2017).

Eles são avaliados todos os dias, avaliação formativa, a gente ver frequência, disciplina, a relação médico paciente, a ética. Então o INC tem essa vivência muito grande, porque a gente aqui a gente pode, o aluno não fica só como observador, ele observa, mas ele pratica, também e existe uma relação muito grande do que ele sabe, e do que ele precisa aprender, isso a gente coloca sempre pra eles, que o médico precisa estudar todo o tempo, tem que se atualizar, tem que ser ético, tem que entender que ele está dentro da comunidade, ele é importante para a comunidade, mais a comunidade é muito mais importante para ele, então isso a gente procura colocar, a gente tem muitas dificuldades também, porque apesar de ter um convênio com a UEPA, falta muita coisa nos postos de saúde, um dos problemas da Universidade é não ter um Centro, onde ela pudesse administrar, colocar seu protocolos, pudesse realmente funcionar como deveria, equipamentos,

material, os alunos de medicina são muito cobrados para estudar, terem retorno, dinâmico, são muitos pesquisadores, se você comparar, é um desafio, você comparar os alunos com outros alunos que estão se formando em outras escolas, com os nossos você ver uma diferença muito grande, porque eles são cobrados, eles mesmos se cobram, outra coisa o professor não é mais detentor de todo o conhecimento, até porque a própria metodologia não permite, eles usam muito aplicativos, falo pra eles que é como se fosse a maquininha de multiplicar, você tem que mexer com seu crânio, não pode ser todo tempo com o aplicativo, eles obrigam a gente também a estudar, o método é dinâmico, nesse sentido e logo no início parece ser um pouco confuso no mosaico dele, mas depois eles vão sentir se eles não estudarem, são eles que perdem (P5-M65, 2017).

Olha, vejo como vem no material, para eu orientar aquela turma daquele semestre. Mas aí eu vejo como está o nível da turma de conhecimento e prática, vou tentando juntar, o que é pedido no semestre e o que os alunos tem falhas, ou que precisam aprender ou resgatar de semestres passados tentando conciliar, eu não me baseio no passado como está aquela turma do que eles estão precisando (P8-F35, 2017).

Percebe-se que os docentes atendem o previsto no PPC do curso, desenvolvendo avaliações formativas e somativas, com diversas atividades de cunho didático pedagógico, através de portfólio (P1), seminário para (P2), o TCA também faz parte desse processo avaliativo, pois é através de alguma inquietação vivenciada através dos módulos que os discentes busca algumas respostas com um Projeto de pesquisa para ser defendido ao término de cada ano letivo.

Univesp (2011) o que queremos reforçar é que avaliar de forma processual e mediadora significa contribuir para o real desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem de cada aluno, orientando seu caminho

de forma que ele mesmo possa reconsiderá-lo e tomar decisões acerca dos próximos passos.

Haydt (1994) coloca que se faz necessário o uso conjugado das três modalidades de avaliação para que realmente aconteça o processo de ensino-aprendizagem de forma eficaz, de acordo com a figura 10.

Figura 10 - As modalidades de avaliação adotadas pelo curso estudado



Fonte: Haydt (1994).

Portanto, avaliação e educação são elementos indissociáveis, pois andam juntas, entrelaçadas para a construção de conhecimento e de uma educação democrática com alunos autônomos, reflexivos e aprendentes, e não apenas para a hierarquização de notas e valores atribuídos ao sucesso e insucesso dos alunos. Desenvolver um processo de avaliação é acima de tudo desenvolver uma educação honesta, que prioriza o desenvolvimento do ser humano e não apenas busca vencer objetivos, etapas e metas, traçados na elaboração de planos e currículos oficiais, sem levar em conta o elemento primordial para todo o processo – o aluno, Unesp (2011).

Para avaliar podem-se utilizar diversos instrumentos ou técnicas avaliativas.

Tende-se a pensar que apenas uma prova tradicional revela o que os alunos sabem e quais são seus erros e suas dificuldades, quando de fato pode-se utilizar

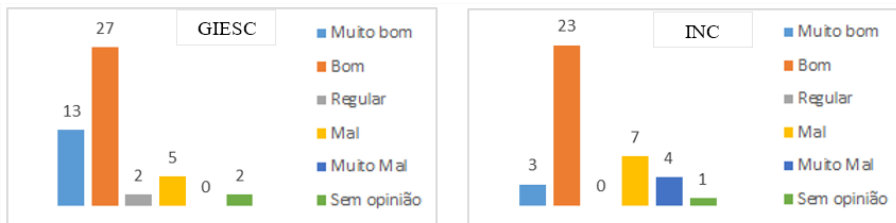
múltiplas fontes de informação e aplicar instrumentos variados que se adaptam à diversidade de estilos motivacionais e de aprendizagem dos estudantes (SANMARTÍ, 2009, p. 97).

Hoffmann (1998) propõe uma avaliação mediadora como possibilidade de acompanhamento contínuo e gradativo, para o ensino superior.

Diante disso, planejar a aula é muito mais do que o mero preenchimento de formulários de planos de ensino, seguir aspectos burocráticos para atender às demandas dos coordenadores e diretores. Planejar significa levar em conta a vida na sala de aula e preparar situações que permitam que a vida se faça no ambiente escolar, facilitando assim o aprender dos alunos e a retomada de estratégias e metodologias com vistas ao progresso das relações travadas no ambiente escolar, tanto as cognitivas, quanto as emocionais que, muitas vezes, são deixadas de lado, relegadas ao esquecimento por não estarem ligadas aos aspectos quantitativos valorizados pela escola (UNIVESP, 2011).

Por fim, procurou-se saber como os discentes avaliam os módulos estudados. No módulo GIESC, 27% dos discentes consideram Muito Bom, enquanto que 55% Bom, 4% Regular e 10% Mal; no módulo INC, 8% consideram Muito Bom, 61% Bom, 18% Mal e 11% Muito Mal, em conformidade com o gráfico 18 .

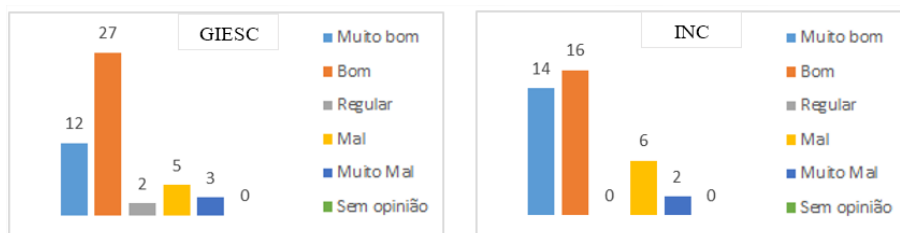
Gráfico 18 – Percepção da avaliação da aprendizagem nos módulos estudados no curso de medicina UEPA pelos discentes



Fonte: Mardock (2018, p. 135)

Dando continuidade, buscou-se estudar como avaliam o trabalho realizado pelos docentes dos módulos, vê-se no gráfico 19, no módulo GIESC 24% dos discentes consideram Muito Bom, enquanto que 55% Bom, 4% Regular e 10% Mal e 6% Muito Mal, no módulo INC, 37% consideram Muito Bom, 42% Bom, 16% Mal e 5% Muito Mal.

Gráfico 19 – Avaliação do trabalho realizado nos módulos estudados, segundo os discentes



Fonte: Mardock (2018, p. 135)

Os dados apresentados no gráfico anterior representa o que a maioria dos participantes consideram a avaliação dos módulos estudados em ambos os módulos Bom, mais existe a insatisfação de participantes, o que pode ser constatado nas atribuições dos conceitos. Deste modo, pode-se inferir que os módulos como estão sendo conduzidos, assim como, o trabalho docentes precisam ser melhorados no curso.

Os discentes participantes do estudo foram questionados sobre as dificuldades para realização do curso, no módulo GIESC 61% e no módulo INC 87% afirmaram enfrentar dificuldades para realizar o curso, e respectivamente 39% e 13% afirmaram não ter dificuldades alguma, observar gráfico 20.

Gráfico 20 – As dificuldades para a realização do curso, dos discentes do GIESC/INC



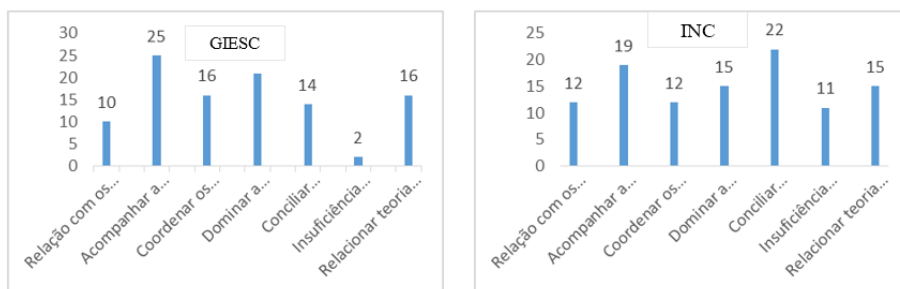
Fonte: Mardock (2018, p. 136)

Os livros médicos têm preços consideráveis e o estudante precisa encontrar algumas alternativas para conseguir lidar com a manutenção do curso.

Afinal, de nada adianta se esforçar demais para aprender e não ter as condições psicológicas necessárias para absorver bem aquilo que foi ensinado.

Percebeu-se que eles apresentam dificuldades, como demonstrado no gráfico 21.

Gráfico 21 – Principais dificuldades elencadas pelos discentes para a realização do curso



Fonte: Mardock (2018, p. 136)

Partindo dos dados apresentados no gráfico anterior, destacam-se as dificuldades que os discentes apregoam enfrentar para a realização do Curso, que pode até mesmo intervir em sua formação acadêmica, pois 25% dos participantes do GIESC apresentam dificuldades em acompanhar a própria dinâmica dos estudos e no INC 19%, sendo que a maior dificuldade apresentada

no INC foi conciliar formação, família e trabalho. Destarte, a necessidade que a IES ative o GAPEM, propiciando aos mesmos o préstimo psicológico, percebe-se que a caminhada acadêmica no processo de aprendizagem e formação pode ser árduo para todos, a partir de especificidade e particularidade de cada discente. Uma vez que é oferecido somente acompanhamento pedagógico.

Deste modo, destaca-se a fala de uma docente participante do estudo.

E é claro que a gente falha, nós somos seres humanos, nós já tivemos casos de egressos que deram problemas, mais que a gente não consegue abarcar tudo, que um acompanhamento psicológico ou pelo menos um acompanhamento, porque o ser humano tem características de personalidades que as vezes foge do nosso controle, a gente tem psicopatas, sociopatas aí na sociedade, que são extremamente sedutores, que a gente não percebe que tem esse distúrbio, e isso a gente não vai fugir dentro do curso de medicina, a gente vai ter estudante, que possivelmente vão ter transtornos, mais esse olhar mais apurados para sofrimento psíquico alunos com depressão, com quadros de ansiedade, eu percebo a coordenação do curso de medicina e a assessoria pedagógica com olhar muito atento para isso, graça a Deus a gente ainda não teve nenhum quadro de suicídio aqui, como a gente vê a nível nacional, muitos estudantes de medicina cometendo suicídio. Mas acho que também é graça a esse olhar, mais já tivemos casos de alunos com problema sério onde vi vocês intervindo e revertendo o quadro (P9-F43, 2017).

A partir dos dados apresentados no gráfico anterior e a manifestação docente, nos estudos de Sales (2016) destacam-se que as dificuldades que os discentes anunciam enfrentar para a realização do Curso se configuram como variáveis que podem interferir na formação acadêmica. Portanto, faz-se necessário que a instituição favoreça aos mesmos o acompanhamento pedagógico e psicológico, uma vez que o processo de formação pode ser dificultoso para todos, a partir de especificidade e particularidade de cada discente.

4.5 Metodologias de ensino aprendizagem no curso estudado

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

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

Essa metodologia baseia-se em uma linha construtivista de ensino e aprendizagem, em que o aluno teria envolvimento ativo na construção do conhecimento, e os conhecimentos prévios desempenhariam um papel importante no processo de aprendizagem. Dessa forma, seguiu os preceitos do filósofo norte-americano John Dewey, o qual defendia que para uma aprendizagem se tornar significativa, seria essencial que o conhecimento fosse (re)construído a partir de experiências prévias dos estudantes (CAMPOS, 2012).

Na perspectiva de aprendizagem de Dewey (1978), as ideias de envolvimento do aprendiz na construção do conhecimento e a importância dos conhecimentos prévios estão presentes e têm papel significativo no desenvolvimento da atividade reflexiva, pois uma situação problemática só será resolvida se o estudante tiver a percepção da situação como um problema a ser resolvido por ele e que o conhecimento que já possui é fator importante para o início das discussões e elaboração de guias para a orientação das atividades para a conclusão do trabalho.

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

O modelo pedagógico de formação do graduado de medicina da UEPA delinea que se deve considerar o aluno como sujeito da aprendizagem, visando prepará-lo para a autoeducação permanente, num mundo de constante renovação da ciência, das mudanças e exigências da sociedade e mercado de trabalho. A educação como prática da liberdade é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade (FREIRE, 1980).

Segundo Quaresma (2017), o caminho para uma aprendizagem significativa na educação na área de saúde está na utilização das metodologias ativas ou efetivas.

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

Na realidade, se pretende conjugar uma metodologia ao modelo pedagógico que possibilite ao aluno a capacidade de mobilizar os conhecimentos

(saber), as habilidades (saber fazer) e as atitudes (saber ser) na resolução de problemas que terá que enfrentar como profissional de saúde (UEPA, 2015).

4.5.1 Metodologias ativas

A graduação dura somente alguns anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas. Considerando que os conhecimentos e competências vão se transformando rapidamente, torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender.

Segundo Quaresma (2017), espera-se levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. Garantindo 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.

De acordo com as informações acima descritas, percebe-se que as possibilidades metodológicas voltadas para a formação médica da IES, que conduz o acadêmico ao aprendizado por meio dessas metodologias propostas nos Projetos Pedagógicos, ao mesmo tempo os prepara para a atuação profissional. Para isso, ressalta-se a contribuição significativa do docente com habilidades de conduzir o discente na construção dos conhecimentos com uso diversificado de metodologias, como as citadas no quadro 19.

Quadro 19 – Possíveis Metodologias Utilizadas no Curso de Medicina

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

Fonte: Mardock (2018 p. 140), adaptado do PPC UEPA (2015).

Quando buscou-se conhecer a percepção dos participantes sobre o uso de metodologias Ativas no curso estudado, destacamos a fala da coordenadora, associado aos módulos estudados, obteve-se a resposta seguinte:

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

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

Ainda na busca da mesma indagação, procurou-se saber a percepção dos docentes participantes do estudo sobre o uso das metodologias ativas na formação médica, são adequadas para a formação de um profissional capaz de atender às necessidades atuais da população e as Políticas de Humanização do SUS.

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

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

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

Eu entrei em contato com a Metodologia Ativa no Doutorado, meu doutorado é todo dentro dessa metodologia, antes do doutorado pra mim era novo,

não conhecia, então era uma coisa que só ouvia falar, mas nunca tinha vivenciado, e no doutorado que iniciei em novembro de 2015, eu conheci as metodologias ativas, então todas as nossas matérias do doutorado são dentro de metodologias , quando cheguei aqui aí já não era mais novidades, já tinha vivido como aluna, que é mais interessante do que como professora (P4-F37, 2017).

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

Para você trazer a metodologia ativa para este ambiente é muito mais fácil, do que você separar e colocar no método tradicional ou no método de aula, porque aqui eles lidam com o problema, veem o problema no local onde ele está. Em relação em trabalhar a metodologia ativa, é no dia a dia, quando eles estão aqui, eles identificam o problema e aprendem que precisam encontrar uma solução, não necessariamente precisam ter respostas naquele momento, mas precisam identificar o problema e saber o que fazer, com o planejamento, a partir daí a identificação

desse problema. Então nós vamos discutir quais as causas, o que vamos discutir, a partir disso, qual vai ser o plano dele daqui pra frente, então assim, se você não sabe o que fazer, então você vai aprender a lidar com isso e senão sabe e vai buscar informações e o fato deles estarem aqui no INC você tem um fator que é a longitudinalidade, então eles podem voltar a ver esse paciente depois, é como se fosse um tutorial, mais um tutorial dentro da comunidade na prática, isso a gente focando nos atendimentos, nas visitas domiciliares, isso seria uma parte que entra em metodologia ativa, mas a outra parte no INC/GIESC como é que funciona a partir de políticas de saúde em geral, onde a gente vai atuar, nas políticas de prevenção primária, nas vacinações, orientações, então eles conseguem integrar várias partes do conhecimento do SUS e de como funciona a saúde e o ambiente e daqui que eles viram de saúde primária como a gente chega no secundário e terciário, gosto de trabalhar com esse método, pois sou formada por ele (P6-F37, 2017).

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

Vejo que no GIESC é particularmente muito importante, essa abordagem entre os preceptores e

alunos na comunidade, porque os alunos vêm participar dentro da área de atuação daquele médica, ali junto da comunidade. E é um médico com especialização em saúde da família ou residência em medicina da família e comunidade e já tem um olhar mais abrangente com relação àquele paciente que está chegando ali, porque não é a primeira vez que ele vai estar vendo a pessoa, na maioria das vezes ele já conhece a família, já sabem quantas pessoas moram naquela casa, quais os principais problemas, e a consulta em si leva o tempo que deve levar, o correto é isso, não pode ser uma consulta breve. O paciente que vem até o médico de família ou que tenha especialização em saúde da família, é um médico acolhedor, vai desde a criança, a grávida, o jovem e idoso. Então ele abarca todas essas pessoas, todo esse tipo de público, então é isso que os alunos estão vendo, que não é só o lado científico, mas também o lado humano, que começa desde quando o paciente entra, mas do próprio olhar do médico para o paciente (P8-F35, 2017).

Assim, chegou-se à conclusão que nem todos os docentes foram formados através de metodologias ativas, bem como a forma que é conduzido o ensino aprendizagem em sala de aula outra prática para as metodologias.

A partir das manifestações da coordenadora, dos docentes e dos discentes, fica evidente que as metodologias ativas contribuem para a formação médica, porém há tensões entre a formação inicial e a prática que os docentes desenvolvem através de metodologias ativas. Chama-se a atenção para a fala de P1 e P6 são docentes egressas da IES, e P4 que não teve dificuldades com a metodologia devido cursar o doutorado que é todo dentro dessa metodologia, possibilitando a imersão nas dimensões das metodologias ativas. Pode-se verificar a necessidade formação continuada, devido a outros docentes que não são formados por esse método, como P2 e P3.

Na fala de P2 sobre “o bom perfil do acadêmico, com o PBL”, a

Aprendizagem Baseada em Problemas consiste em um método de ensino-aprendizagem centrada no estudante, fundamentando-se nos princípios da educação para adultos e buscando uma abordagem integrada dos problemas de saúde, nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (MORAES, MANZINI, 2006; QUEIROZ, 2012).

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

O estudo de Sales (2016) aponta sobre o uso de metodologias ativas, no entanto, faz-se necessária uma reflexão em torno dos aspectos epistemológicos, metodológicos e sociais que permeiam este método. Quanto aos epistemológicos, a PBL se fundamenta a partir do Escolanovismo na concepção da psicopedagogia aplicada ao processo de ensino e aprendizagem, onde há valorização do discente como ser ativo e autônomo na busca e construção dos conhecimentos tendo o docente como um facilitador da aprendizagem. Assim, a PBL, bem com as outras metodologias ativas, passa a ser orientada pelos “princípios de individualização, liberdade e espontaneidade e, principalmente, de atividade, em que “aprender fazendo” e “aprender a aprender” estão sempre presentes” (VEIGA, 2014, p. 78).

Nas DCNs 2014 em seu Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve “Inciso II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 2014, p. 12).

Em concordância com Sakai e Lima (1996), temos ilustrada na figura 11 a apresentação sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas.

Figura 11 - Os resultados esperados da educação médica



Fonte: Planejamento Pedagógico UEPA, 2017.

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

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

Por fim, buscou-se saber a percepção discente quanto a estas tensões e o quanto elas podem interferir no processo de formação médica. No

geral, encontrou-se que os mesmos percebem que estas tensões influenciam negativamente na sua formação e sugerem mudanças para minimizar tais tensões, como se observa nas manifestações descritas na sequência.

4.5.2 Metodologias ativas no GIESC/INC

Segundo UEPA (2015, p. 91), o curso de medicina procura atingir maior eficácia na qualificação da formação profissional reunindo estratégias que priorizam principalmente o processo todo orientado para uma formação em direção as necessidades de saúde da comunidade e da pessoa inserindo o curso em serviços de saúde, no SUS e em vários níveis de atenção à saúde.

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

Sendo o ambiente de aprendizagem deste módulo, a unidade de saúde e a comunidade em torno da unidade e inclui, portanto, os grupos sociais, escolas, instituições sociais e famílias entre outras. São realizados acompanhamento de famílias inscritas no Programa Saúde da Família (PSF), os discentes acompanhados do docente realizam projetos de iniciação científica na comunidade, aplicação das habilidades de comunicação e clínicas. Portanto o GIESC se integra com os demais módulos do curso, como Humanidades Médicas, Habilidades Profissionais e Pesquisa Científica.

Em UEPA (2015) a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste módulo é a Problemática e a Pesquisa. Esta metodologia da problematização foi expressa graficamente por Charles Maguerez como “Método do Arco” e supõe uma concepção do ato do conhecimento através da investigação direta da realidade, num esforço de construção de uma efetiva compreensão dessa mesma realidade.

Quando questionada sobre as contribuições do INC/GIESC como estratégia de ensino por meio de Metodologias Ativas para uma formação médica que atenda as diretrizes curriculares da área, tendo como resposta:

Eu acho que a tradicional tem seu momento também, não foi ruim porque eu também estaria forçada a dizer que fui formada pessimamente que não é o caso, eu acredito que a tradicional tem sua importância, ela não deixou de ter sua importância, mas ela precisa ser mais dinâmica, ela precisa que o aluno não seja um mero expectador. Na tradicional eu observo o aluno como um expectador. Na metodologia ativa o aluno tem uma ação muito grande e a questão da avaliação ser contínua, independente das atividades que estão sendo realizadas, o aluno está sempre sendo avaliado, isso é um fator muito interessante, a avaliação não ser restrita apenas a um conteúdo cognitivo, mas a toda uma conduta, postura diárias contínuas do aluno e isso a metodologia ativa trás. Essa avaliação contínua permite que se vá ajustando condutas e atitudes no ato que elas estão sendo realizadas e isso é muito interessante, porque vai se ajustando, adequando um futuro profissional de uma forma mais dinâmica e interessante. Porém, uma coisa interessante na metodologia ativa ao trabalhar com pequenos grupos, o professor conhece profundamente cada aluno e vice versa, cada aluno conhece profundamente o professor, por isso que o professor tem que tá bem preparado para conduzir a disciplina.

O mais importante é o fato dos alunos desde o início conhecerem a realidade social e da saúde do município, o fato que grande maioria dos alunos independente de sua condição socioeconômica não vivenciarem unidades básicas e de repente entram no curso e fazem parte dessa metodologia e se obrigam a ter toda semana, desde o primeiro momento, convívio com a unidade básica ou atenção básica, com a prioridade que é a atenção básica em saúde, percebendo as potencialidades e fragilidades do sistema em saúde da rede municipal de saúde, entendendo como funciona, essa é o maior contribuição, até porque a gente forma médico generalista, com enfoque muito grande na medicina da família, porque as unidades que eles atuam, adotam a política de medicina de família e comunidade, então isso dá uma visão do social, da comunidade, do médico que precisa ter uma visão ampliada no sistema de saúde. Então essa visão realmente os alunos conseguem adquirir por vivenciar ao longo de todo o seus anos de cursos as unidades básicas, no seu contexto integral de suas potencialidades e fragilidades (C1-F64, 2017).

Em seguida, buscou-se saber a opinião dos docentes sobre as contribuições do INC/GIESC como estratégia de ensino por meio de Metodologias Ativas para uma formação médica que atenda as diretrizes curriculares da área. Dessa forma, chegou-se à conclusão que os docentes conseguem conduzir os módulos para as metodologias ativas. A seguir, as falas dos docentes pesquisados:

No GIESC temos o cronograma que seguimos da saúde do idoso. Mas também, no GIESC, vemos que o atendimento na unidade, que não é só o idoso, e sim criança, jovens gestantes, uma população bem diversificada. Então existem certos assuntos quando estamos atendendo, e como são do segundo ano eles tem alguma dúvida, que ainda não entrarão naquele módulo para estudar aquilo, aquele assunto, então sento

com eles no final dos atendimentos e pergunto alguma dúvida? Quais assuntos vocês gostariam de aprender mais? E como se fosse um portfólio que eles fazem, mas a gente falando, eles se sentem à vontade para dizer preciso estudar mais sobre isso, sobre infecção urinária, sobre dermatoses na atenção básica, preciso estudar. Eles apontam sobre seus assuntos, preciso estudar sobre cefaleias, por exemplo hoje vem muita gente com essa queixa, então marcamos um dia, para estudar mais sobre isso, e conversamos e todo mundo estuda, todo mundo fala, todo mundo tira dúvida (P1-F35, 2017).

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

Eles buscam tirar as dúvidas “realmente é assim” ou “o que está faltando para melhorar”. Faço em quatro etapas no primeiro semestre. No primeiro bimestre faço duas etapas, a primeira etapa deixo correr do jeito que vier, deixo acontecer. “Vamos andar nas ruas”, como é Med-1, tem muito a questão da territorialização, então vamos andar nas ruas, vamos ver os limites da área da unidade, depois nós vamos conhecer as micro áreas, as subdivisões, que são junto com os agentes de saúde e a atividade deles. Nessa primeira etapa, a gente começa a acompanhar os agentes de saúde, ter uma relação bem mais próxima com eles, e começamos a desenvolver algumas visitas em domicílio com cadastramento de famílias ou atualizações de cadastros. Na segunda etapa, faço com que eles realizem o cadastro do E-Sus. Por que E-Sus? E a humanização? “Mas tem muita gente que bate à porta na cara, tem muita gente que não quer fazer o cadastro ou atualizar o cadastro,

porque diz que tem plano assistencial terceirizado”. Aí, trabalhamos todo o protocolo do ministério, todo o E-Sus, que não importa ele ter plano terceirizado, ele tem que ser cadastrado, ele tem que ser acompanhado pela unidade, mesmo ele usando seus recursos próprios para a assistência à saúde. “Tem gente que é grosso”. Então, você entende que também faz parte dessa população como cidadão, então você é um eterno educador. Quando ele está na área da saúde, partimos para a etapa de educação em saúde. Aí a gente faz as atividades educativas nessa segunda parte. Quando fazemos as atividades educativas, faço a primeira avaliação.

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

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

uma visão ampliada da medicina, com cunho social muito forte. (P5-M65, 2017).

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

Vejo que no GIESC é particularmente muito importante, essa abordagem entre os preceptores e alunos na comunidade, porque os alunos vêm participar dentro da área de atuação daquele médica, ali junto da comunidade. E é um médico com especialização em saúde da família ou residência em medicina da família

e comunidade e já tem um olhar mais abrangente com relação àquele paciente que está chegando ali, porque não é a primeira vez que ele vai está vendo a pessoa, na maioria das vezes ele já conhece a família, já sabem quantas pessoas moram naquela casa, quais os principais problemas, e a consulta em si leva o tempo que deve levar, o correto é isso, não pode ser uma consulta breve. O paciente que vem até o médico de família ou que tenha especialização em saúde da família, é um médico acolhedor, vai desde a criança, a grávida, o jovem e idoso. Então ele abarca todas essas pessoas, todo esse tipo de público, então é isso que os alunos estão vendo, que não é só o lado científico, mas também o lado humano, que começa desde quando o paciente entra, mas do próprio olhar do médico para o paciente (P8-F35, 2017).

De acordo com a fala de C1, a metodologia tradicional tem seu momento importante.

Quadro 20 - Metodologias tradicionais e ativas

TRADICIONAL	METODOLOGIAS ATIVAS
Transmissão do conhecimento Professor – aluno Professor é o único responsável pela construção do conhecimento	Professor é um mediador Baseado na construção mútua do conhecimento Aluno é o protagonista (corresponsável pelo seu aprendizado)

Fonte: Mardock (2018, p. 148), adaptada de Dias (2017).

Para corroborar com o quadro anterior, utiliza-se fragmentos de fala de P7:

Eu acho que o ensino, lembro que lecionei alguns anos de forma tradicional para a enfermagem, uma das primeiras aulas que tinha no curso, era exatamente os módulos e métodos de ensinar e aprender, você aprende com todos os sentidos, você aprende ouvindo, vendo, fazendo, você aprende pegando, então quanto mais sentidos você

utiliza no aprendizado, mais fácil se torna o aluno fixar aquele aprendizado, na questão aqui, é importante que a gente diga que as metodologias ativas, elas aproximam o médico na questão do dia a dia, e essa técnica, se a gente for observar, ela já era utilizada desde os tempos da Grécia, lá com os filósofos, depois passou pra Jesus Cristo na questão ali das parábolas, e de outras coisas, para ilustrar de uma forma bem viva, a realidade das coisas, então é muito bom que o aluno esteja sempre atento a essa realidade, aprenda a se perguntar, lá no tempo lá do Sócrates, sempre tinha essa questão de que o importante é você saber da natureza, saber perguntar, saber observar, então é o que hoje a medicina está fazendo ela está saindo do dos livros para ir para uma prática mais precoce. Quando eu me formei, a gente saía para alguma prática, do quarto ano em diante, hoje em dia o aluno vivencia as coisas desde o início, ele vai se habituando com o modo realmente de fazer uma boa medicina (P7-M66, 2017).

Além da metodologia tradicional, dentro das metodologias ativas apresenta-se a PBL e Problematização, no quadro 21.

Quadro 21 - Metodologia Tradicional, PBL e Problematização

TRADICIONAL	PBL	PROBLEMATIZAÇÃO
Ensinar → aprender	Aprender a aprender	Aprender fazendo
Disciplinas	Módulos temáticos “problemas”	Problemas oriundos da realidade
Aulas expositivas	Tutorias	A realidade, campo de atuação. Ação – reflexão - ação
Aluno passivo Professor centro das atenções	Aluno centro das atenções Professor facilitador da aprendizagem (tutor)	Aluno centro das atenções Professor é instrutor da aprendizagem e a comunidade é coadjuvante
Prática em laboratórios específicos ambulatoriais e hospitais (50%)	Prática em laboratório multifuncional para integrar as atividades, informática, habilidades e atitudes, ambulatoriais e hospitais (20%)	Prática na UBS/PSF ou outro cenário.
Avaliação somativa	Avaliação formativa e somativa	Avaliação formativa e somativa

Fonte: Mardock (2018, p. 149), adaptada de Dias (2017).

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

A Metodologia da Problematização tem sido considerada como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida

em sociedade. Embora saibamos de sua utilização para cursos como um todo, principalmente quando diretamente relacionado com a prestação de serviços à comunidade, como é o caso da formação de Auxiliares de Enfermagem e de cursos para Gerentes de Enfermagem (como aconteceu na UEL em 1995), tem-se proposto a Metodologia da Problematização como uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior.

O esquema representativo da proposta de Magueréz é utilizado por Bordenave e Pereira (1982), de acordo com a figura 12, a seguir.

Figura 12 - Arco de Magueréz



Fonte: Berbel, 1996.

Por conseguinte, no quadro 22 apresentou-se de forma sucinta cada uma das etapas contempladas no Arco de Magueréz.

Quadro 22 - Etapas do método do Arco de Maguerz

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

Fonte: Mardock (2018, p. 150), adaptado de Berbel (1996, p. 8-9).

A MP e outras formas de utilizar problemas como estratégia de ensino-aprendizagem na educação superior, são apontadas como alternativa para introduzir modelos inovadores pois quando o estudante interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como ator do processo de construção do conhecimento, ocorre a aprendizagem significativa. “Capaz de transformar a realidade social do seu cotidiano, minimizando injustiças e desigualdades” (PRADO *et al.*, 2012, p. 173).

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

4.6 Sugestões de políticas de humanização no processo ensino aprendizagem

Quando indagados sobre revisão ou sugestão em relação aos desafios na constituição de um processo de aprendizagem com as Políticas de Humanização, para implementação no curso de medicina a coordenadora e docentes manifestaram-se em conformidade com o apresentado a seguir:

Acredito que uma das coisas que seria interessante se continuasse trabalhando a atividade de comunicação, entre o módulo de humanização, até porque a habilidade de comunicação não é uma coisa que a gente passar por ela, a gente precisa aprender, os profissionais médicos precisam ter máximo de habilidade de comunicação, um bom desenvolvimento. Talvez fosse interessante que tivesse também médicos que atuassem na área de humanização junto com os profissionais que hoje atuam, para dá um enfoque não só no aspecto psicológico, mas o enfoque na experiência do próprio profissional médico, de como trabalhar melhor e isso passa muito por diálogo, então eu acredito que uma mudança que eu não considerei que foi tão interessante foi quando se deixou de ter o módulo de habilidades, a parte de comunicação dentro do módulo de habilidades, que era uma área bem específica. Acredito que os professores de habilidades profissionais, de modo geral, eles procuram trabalhar, mas o foco é muito mais na técnica.

E na disciplina de Humanidades Médicas, é lá que eu acredito que ela deveria ser muito mais focada, então eu acredito que se busca o foco da ética, da bioética, mas eu considero que seria bem mais interessante se buscasse novamente um foco na comunicação. Porque eu falo isso, a maioria dos processos éticos profissionais, no Conselho Regional de Medicina-CRM, não é por inabilidade, é por falta de habilidade na comunicação, e não é inabilidade técnica, então talvez os projetos

pedagógicos, eles são dinâmicos, acredito que eles são e tudo isso pode ser revisado com o objetivo de aprimorar mais essa parte da comunicação.

Esse curso é sempre um desafio, um permanente desafio. Acho que a gente precisa ter primeiro um número de docentes adequados, enquanto nós não tivermos um número de docentes adequados, com o perfil adequado, a gente vai estar sempre cometendo falhas, sendo insatisfatório, trazendo insatisfação para o aluno, não complementando tudo aquilo que o aluno necessita, a primeira coisa fundamentalmente é termos um número adequado de docentes. Segundo, nós precisamos implementar um serviço de apoio os discentes, isso é fundamental, o curso que já tem 11 anos, e até hoje são grandes as dificuldades para se ter um ambiente específico de apoio. O curso exige muito dos alunos, os conteúdos que os alunos estudam são imensos, elevados, muito grandes, as exigências são inerentes do próprio curso, as avaliações são contínuas, eles são continuamente avaliados, o que gera angústia o tempo todo naquele dilema das suas condutas. Então precisa desse apoio para aperfeiçoar nossos alunos, e nós precisamos de apoio também para o nosso docente, porque ele não foi formado nessas metodologias, ele também é angustiado, ansioso e inseguro, e nós precisamos ajudá-lo, apoiá-lo, ele também precisa ter um perfil, a gente precisa ajudá-los, ele também precisa de ajuda.

E também nós precisamos de mais cenários, mais cenários indígena, da nossa realidade, da Amazônia, a gente não tem esse cenário indígena, é difícil. A gente já tem alguns cenários ribeirinhos, cenários quilombolas, cenários periféricos, mas a gente precisa ampliar esses nossos cenários sob supervisão, com preceptoria e isso vai fazer com que cada vez mais o nosso curso tenha um diferencial enriquecedor, para os futuros médicos, então a gente precisa desse olhar

agora, por estamos no interior, a gente sabe que a universidade passa por dificuldades, mas assim, eu vejo uma universidade que mais de 50% está no interior, mas eu ainda vejo uma universidade muito focada na capital, acho que isso caminha lentamente, e as vezes a gente queria que caminhasse mais de pressa, enfim são alguns dos desafios, são vários, mas a gente precisa de mais profissionais da área social, para também ajudar os nossos alunos a observar a ter um outro olhar, não só um olhar técnico especificamente. Os desafios são diversos (C1-F64, 2017).

Procurou-se ouvir o que os docentes revisariam ou sugeririam em relação aos desafios na constituição de um processo de aprendizagem com as Políticas de Humanização, para implementação no curso de medicina, selecionou-se algumas falas a título de exemplificação:

Todos os docentes do GIESC tem que falar a mesma língua, como vou colocar isso em prática, uniformizar a nossa conduta. Porque a gente sabe que a nossa reunião ela é muito importante se não venho como é que vou mudar as atividades com os meus alunos, vou fazer do jeito que sei, do jeito que aprendi e do jeito que acho que é certo. Temos que preparar essa pessoa para o acolhimento e dizer olha, falar da importância do estudante. Nós temos que construir e reconstruir. Nunca é acabado ou formado temos sempre que reconstruir (P1-F35, 2017).

Sugeriria conferências voltados para contemplar todas as turmas. Fica muito fácil, porque quando a gente especifica, por exemplo, vou trabalhar com med1, e neste semestre eu estou sozinho com eles, então faço meu semestre com seminários voltados para isso. Então seria legal uma socialização com essa temática entre todos os semestres, o máximo de público possível, para que eles pudessem interagir sobre isso, seria bem interessante (P2-F41, 2017).

Fixar pelo menos algumas UBS, que estão lá esperando a gente, sabendo que a gente vai, graças a Deus onde estou fui muito bem recebida, porque tem lugares que a gente não é bem recebida, já sabendo outros colegas tem dificuldades em relação a isso, tem lugares que a gente não é bem recebido, fixando essas Unidades resolveria muitos problemas, do professor não está atrás de UBS e também os profissionais já estarem esperando (P4-F37, 2017).

Olha, acho que Seminários, a questão de Avaliação da Universidade dentro da Atenção Básica, como estão inseridos esses profissionais, porque não sei, como estou desde o início, tenho uma direção, não vejo essa direção com os novos professores, como uma crítica, entre os outros professores, não estou dizendo que faço o melhor, mas a formação desses professores, não estão compatíveis com o que se preconiza dentro do projeto, a falta de treinamento do egresso, a falta de continuidade (P5-M65, 2017).

Acredito que ainda precisamos dentro do curso ter um número maior de profissionais, de forma que a gente possa dividir melhor essas equipes, e elas possam participar ativamente do processo (P7-M66, 2017).

A partir destas manifestações é possível concluir que deveria ter a continuação de Habilidades de Comunicação junto a HM, apoio ao discente, uniformização docente na formação do módulo GIESC, conferências unificadas, de alguns temas centrais, fixação de UBS para execução dos módulos INC/GIESC, avaliação no andamento das atividades na Atenção Básica e um número maior de profissionais docentes. Vale ressaltar que era disciplina eletiva Habilidades de Comunicação e existia no Projeto Pedagógico 2005, contudo, com a Unificação dos projetos foi retirada.

O planejamento institucional vem nortear as atividades docentes, e conferências são desenvolvidas de acordo com a necessidade das atividades

propostas, sugeridas pelos docentes e discentes, além da avaliação realizada com os discentes, através das atividades propostas e apresentadas aos discentes ao início de cada semestre no Plano de Ensino. Como prevê o Projeto Pedagógico do curso, é realizado a avaliação institucional dos docentes ao final de cada semestre letivo, o maior número de profissionais, pode ser tratada com a contratação de profissionais através de concurso público e apoio psicológico aos discentes, com ativação do GAPEM, previsto no Projeto Pedagógico do curso.

Por fim, passa-se às considerações finais deste estudo, onde se busca apresentar a política de humanização do SUS na formação médica a partir do módulo GIESC desenvolvido no Curso de Medicina da UEPA – Campus XII – Santarém/PA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Humanização foi utilizada neste estudo como prerrogativa para se discutir as modificações e avanços na formação médica na região Oeste do Pará, interior da Amazônia brasileira. Entretanto, às transformações que vêm ocorrendo no Sistema Único de Saúde também foram levadas em consideração ao analisar o curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará Campus XII – Santarém, dada a parceria existente entre IES e o SUS.

O problema norteador da pesquisa empírica foi como se manifesta a presença da Política de Humanização do SUS, a partir do módulo GIESC, na formação do futuro médico da UEPA Campus Santarém? A análise documental dos Projetos Pedagógicos do Curso de Medicina estudado e das DCNs da área, além da pesquisa de campo sobre as percepções da coordenadora, docentes e discentes do referido curso, emanaram os objetivos específicos. Estes foram analisadas adotando-se a triangulação dos dados, verificando se o curso de Medicina da UEPA está em conformidade com as orientações legais em relação às políticas públicas de humanização preconizadas para a formação médica no país.

Após revisão da literatura sobre a temática, constatou-se que ocorreram avanços na prática do ensino médico no país, uma necessidade premente dos profissionais se adequarem as realidades emergentes, buscando qualificações para atender aos requisitos e às expectativas de suas funções. Por outro lado, evidenciou-se fragilidades no atendimento médico, principalmente nas regiões Nordeste e Norte, identificando-se que o estado do *Pará* mantém a segunda menor razão (0,97 médico por mil habitantes) entre as unidades, *havendo*

menos de um médico por grupo de mil moradores. Em 2006, sensibilizada com esta realidade adversa estatísticas, a Universidade do Estado do Pará (UEPA) interioriza seu curso de Medicina para o município de Santarém/PA, o qual “[...]formou sua primeira turma em junho de 2012” (UEPA, 2015, p. 25).

Percebeu-se que os módulos GIESC e INC têm contribuído para a diminuição do *déficit* do atendimento anunciado anteriormente, pelo menos no sentido de desenvolver suas práticas junto à comunidade local.

Em decorrência da reformulação dos Projetos Pedagógicos do curso e a substituição do módulo INC pelo módulo GIESC no currículo da formação do futuro médico, dadas suas características, buscou-se compreender o processo de Humanização no Sistema Único de Saúde a partir da percepção da coordenadora, docentes e discentes do curso estudado, primeiro objetivo específico assumido por este estudo. Assim, verificou-se que o curso de Medicina da UEPA está em conformidade com as orientações legais no tocante às políticas públicas de humanização preconizadas para a formação médica no país e que a política de humanização está presente no curso estudado, conseguindo atender ao que preconizam as DCNs, em consonância com a concepção de formação profissional do egresso e o modelo pedagógico assumido pela IES.

No entendimento do objetivo específico “traçar o perfil profissional do graduado em medicina da UEPA com relação à Política de Humanização do SUS”, percebeu-se que o perfil está em consonância com a concepção de formação profissional do egresso e com o modelo pedagógico assumido pela IES, seguindo as recomendações contidas na Resolução CNE/MEC nº 3, de 20 de junho de 2014, que estabelecem as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina, bem como através das respostas obtidas nos instrumentos aplicados no estudo empírico.

Em relação ao terceiro objetivo específico, “mapear as alterações do PPC-2015 em relação ao PPP-2005 do Curso de Medicina do Campus XII – Santarém”, houve estudo da legislação e documentos norteadores do Curso

de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII - Santarém, dentre eles teve-se as DCNs (2001 e 2014) e os PPC (2005 e 2015). Contudo, precisa ser feita uma reflexão quanto às possibilidades de adequações desse projeto, por cada Campus que oferta o Curso, haja vista as realidades locais dos municípios envolvidos.

No que tange a essas alterações, a UEPA fez reformulações no Projeto Político Pedagógico em 2005 para atender as novas DCN's (2014). Percebeu-se que estas mudanças contemplaram a unificação dos três Projetos que vinham sendo trabalhados em cada um dos três Cursos ofertados pela IES no Estado do Pará. Com a mudança no currículo em 2015, quando substitui o módulo INC pelo GIESC, busca aliar a formação e a prática profissionais, incorporando práticas do sistema de saúde, com características e especificidades das comunidades, no processo formativo do futuro médico, deixando de ser anual, passando a semestral, assim como o acréscimo das disciplinas Humanidades Médicas e Pesquisa Científica.

Observou-se ainda que as competências e habilidades profissionais descritas nas DCN's trouxeram uma ampliação significativa para a formação médica e das respectivas especialidades, aspecto revelado nos discursos dos docentes, discentes e coordenação do curso pesquisado.

Neste diálogo, assevera Veiga (2002) que a construção do projeto político-pedagógico requer continuidade das ações, descentralização, democratização do processo de tomada de decisões e instalação de um processo coletivo de avaliação de cunho emancipatório.

Em comento na análise da formação do médico é relevante a importância desse profissional no sistema de saúde e na sociedade, e, sobretudo, por sua inserção crescente nas equipes multidisciplinares, amplamente multiplicadas nos últimos anos pela estratégia Saúde da Família.

Elucidando o quarto objetivo específico “identificar as contribuições da prática humanizada na formação do futuro médico da UEPA a partir

da mudança do Módulo INC para o Módulo GIESC”, arremata-se que a infraestrutura ainda não está satisfatória, apresentando *déficit* de espaços para as atividades dos módulos estudados, recursos materiais de apoio didático pedagógico, tecnologias, e as atividades práticas insatisfatórias em decorrência dos próprios pontos elencados anteriormente, de condições inadequadas para desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa com relação ao acervo bibliográfico, sendo este por estar desatualizado, e em reduzido número de exemplares face a demanda de discentes e docentes da IES, apontando também o exíguo espaço físico na biblioteca. Vale apenas ressaltar que a falta de espaços públicos e obras literárias específicas na região oeste paraense ocasiona o encarecimento do estudo, diante da necessidade da aquisição de dispendioso material de literatura peculiar do curso, pois, nem mesmo a disponibilidade de acervo em mídias é gratuito e ao alcance de todos.

Considerando que os módulos são acompanhados por docentes que dominam a teoria e a prática da comunidade e no serviço, buscando desenvolver um trabalho em equipe multiprofissional, com relação a percepção dos discentes sobre a formação humanizada do médico egresso deste curso, tomando por base os módulos Gestão, Interação, Ensino, Serviço e Comunidade (GIESC) e Interação Comunitária (INC), o estudo revela que a maioria dos discentes concordam que os módulos GIESC e INC contribuem para uma formação mais humanizada do futuro médico da UEPA.

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

Há necessidade de compartilhar a observação de que, através dos módulos GIESC e INC, o dia a dia dos discentes e equipes dos serviços de saúde das UBS, no que diz respeito à contribuição do perfil médico desejado pela população que é atendida pelo SUS, tem-se um melhor acolhimento por

parte da população, com fortalecimento dos processos de empatia, quando norteados na formação continuada do estudante de Medicina egresso da UEPA, respaldado pela humanização, responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade e da saúde integral do ser humano. Porém, há tensões entre a formação inicial e a prática que os docentes desenvolvem através das metodologias ativas, revelando a premência da formação continuada que inclua os docentes, pois tal ponderação surgiu a partir das manifestações da coordenadora, dos docentes e dos discentes, evidenciando que as metodologias ativas contribuem efetivamente para a formação médica humanizada.

Em relação as condições de trabalho dos docentes, constatou-se dificuldades/fragilidades no processo de formação médica, dentre elas a alta rotatividade destes, por falta de concurso público (contratos temporários terem no máximo a duração de dois anos) limitando-se a descontinuidade dos trabalhos que o curso requer; outro fator notado é a ausência de acompanhamento psicológico para os discentes, apesar de ser previsto no PPC; há também necessidade em priorizar algumas Unidades Básicas de Saúde para aulas dos módulos analisados; a realização de formação/capacitações em metodologias ativas para os docentes; um maior engajamento dos docentes nos planejamentos pedagógicos; o maior entrosamento entre a teoria do ensino e a prática na realidade dos módulos, numa integração cotidiana e crescente entre ensino, serviços de saúde e comunidade; número reduzido de exemplares na biblioteca da IES e desatualização de seu acervo, bem como o acesso à internet e a base de dados são incipientes.

Dessa forma, ficam algumas sugestões para o fortalecimento da Política de Humanização do SUS na formação médica no *locus* estudado, dentre elas, destacam-se: 1. Ampliação do espaço físico da biblioteca, maior acervo bibliográfico e atualizado; 2. Formação continuada, com uso de metodologias ativas aos docentes; 3. Participação dos atores envolvidos com o curso de medicina do Campus XII, na reformulação do PPC do curso; 4. Ativação do GAPEM, proporcionado apoio psicológico aos discentes; 5. Fixar algumas UBS para aulas dos módulos GIESC e INC; 6. Integração entre os módulos

estudados; 7. Mais incentivo na participação dos Planejamentos Pedagógicos e, 7. Realização de concurso público, para efetivação dos profissionais.

Com base na realidade analisada, percebeu-se a urgência por estabelecer parcerias, protocolos de cooperação sistemática e auto-sustentável entre gestores do SUS e as escolas médicas, no sentido de buscar a integração da academia com os serviços de saúde, visando à formação de profissionais qualificados para atender às necessidades de saúde da população brasileira. Há condições concretas, vontades, oportunidades e recursos para que estas propostas se viabilizem.

Concluiu-se que superados os obstáculos detectados nas condições de trabalho, o processo de formação médica humanizada, que ainda apresenta importantes desafios ao desenvolvimento e aprimoramento desse dinâmico processo de mudanças, o estudo serviu para realizar uma ação de auto reflexão sobre a formação médica humanizada com respeito a diversidade amazônica.

Espera-se que as informações produzidas nesta pesquisa e publicadas neste livro possam subsidiar outros estudos, visto que a prática humanizada configurou-se como elemento necessário para que hajam transformações no processo ensino-aprendizagem, permitindo perfilhar um caminho indispensável a formação médica, podendo vir a favorecer um atendimento humanizado e de qualidade para as populações, prioritariamente aquelas que vivem na região oeste do Pará.

REFERÊNCIAS

ABREU, J. R. P. DE. **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, BRRS, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18510/000729487.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ALVES, A. N. de O.; MOREIRA, S. da N. T.; AZEVEDO, G. D. de.; ROCHA, V. M. da.;

VILAR, M. J. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica** 33 (4): 555 – 561; 2009.

ANDIFES. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **IV Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino Superior Brasileiras.** Universidade Federal de Uberlândia. 2016. Disponível em: <<http://andifes.org.br/>> Acesso: 10 de out. 2016.

ARNAL, Justo; RINCÓN, Délio del; LATORRE, Antonio. **Investigación educativa:** fundamentos y metodologías. 1. Ed. Barcelona: Editorial Labor, 1992.

ARROYO, Miguel G. **Currículo, território em disputa**. 5. Ed. Petrópolis, EJ: Vozes, 2013.

AZEVEDO, J. M. L. de. Implicações da nova lógica de ação do Estado para a educação municipal. In: **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 23, n. 80, p. 49-71, setembro 2002.

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

BARTOLO, E. B.; DOS SANTOS, M. A. P.; DINATO, M. C.; PINTO, R. M. F.

Humanidades médicas – metodologia utilizada no Curso de medicina do Centro universitário Lusíada (unilus). **Revista Brasileira de educação Médica** 41 (3): 449-453; 2017.

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

BENEVIDES, R. P. E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**.; 9(17):389-406. DOI:10.1590/S1414-32832005000200014. 2005.

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

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.

BRASIL. **HumanizaSUS**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde SAF Sul, Trecho 2, Bloco F, 1º Andar, sala 102, Ed. Premium, Torre II 70070-600 Brasília/DF Tel.: (61) 3315-9130 Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2013 – 2.000 exemplares – OS 2013/0463.

BRASIL. **LDB**: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei 9394 de 20 de dezembro de 2006. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 04, de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário de Avaliação do Promed**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional** - nº 9394/96 de 20/12/1996. Brasília, 1996.

BRASILEIRO, Tânia Suely Azevedo. **La formación superior de magistério:** uma experiência piloto en la Amazonía Brasileña. Tese de Doutorado. 914 p. Universidade Rovira i Vigil, Espanha, 2002.

CAMPOS, G.W.S. **Humanização na saúde:** um projeto em defesa da vida? **Interface (Botucatu)**. 2005; 9(17):389-406. DOI: 10.1590/S1414-32832005000200016

CARVALHO FILHO, J. J. de. A formação docente na Amazônia Ocidental: uma análise desde o estágio curricular supervisionado em educação física na UNIR. **Dissertação de Mestrado**. 163 p. Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, 2015.

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

CHAUÍ, M. Ideologia neoliberal e universidade. In: OLIVEIRA, F. P. MC. orgs. **Os sentidos da democracia:** políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes; 1999.

CIUFFO R, Brant-RIBEIRO V. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: Um diálogo possível? **Interface**. 12(24):125-40, 2008.

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

COTTA, R. M. M.; REIS, R.S.; CAMPOS, A. A. O; GOMES, A.P.; BATISTA, A. Debates

atuais em humanização: quem somos nós? **Ciência Saúde Coletiva** [Internet]. 2013 [citado 2014 out 12];18(1):171-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/18.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

DENZIN, N. **The research act**: a theoretical introduction to sociological methods. (2ªed). New York: Mc Graw-Hill, 1978.

DESLANDES, S. AYRES, J.R.C.M. Humanização e cuidado em saúde [editorial]. **Cien Saude Colet**, 10(3): 510, 2005.

DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface (Botucatu)** 2009;13 (supl 1) [Capturado em: 27 set. 2012]; 641-649. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=pt&nrm=iso>.

DEWEY, John. Vida e educação. Tradução e estudo preliminar por Anísio S. Teixeira. São Paulo: Melhoramentos; Rio de Janeiro: **Fundação Nacional de Material Escolar**, 1978.

DO AMARAL, J. L. Duzentos Anos de Ensino Médico no Brasil. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://>>

www.portalmedico.org.br/arquivos/duzentos_anos_de_ensino_medico_no_brasil.pdf>. Acesso em: Jun. 2017.

FALK, M. L. R.; GONÇALVES, A. V. F.; DOS SANTOS, D. S.; DE OLIVEIRA, F. J. A. Q.; FAGUNDES, L. B.; RAMOS, M. Z.; SIKILERO, R. H. A. S. Depoimentos de

profissionais de saúde sobre sua vivência em situação de tragédia: sob o olhar da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface: Comunicação Saúde Educação**. 2014; 18 Supl 1:1119-24.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica** - processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.

FLEURY. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1995. p. 17-46.

FORSTER. Aldaísa Cassanho, FERREIRA. Janise Braga Barros, VICENTINE. Fernanda Bergamini. **Atenção à saúde da comunidade no âmbito da atenção primária à saúde na FMRP-USP** - Ribeirão Preto, SP: Funpec Editora, 2017.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. (1ª ed. De 1979), São Paulo: Paz e Terra, 1988. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

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

GALVÃO, Claudiléia Pereira. **A gestão do ensino na residência multiprofissional em saúde no HRBA/Santarém**: contribuições para a consolidação da cultura de hospital ensino na Amazônia. Dissertação

(Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-Reitoria de Pesquisa Pós Graduação e Inovação Tecnológica, Instituto de Ciências da Educação, Mestrado Acadêmico em Educação. Sistema Integrado de Biblioteca – SIBI/UFOPA. Santarém, 2017.

GARCIA, A.V.; ARGENTA, C.E.; SANCHEZ, K.R.; SÃO THIAGO, M.L. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Rev. Saúde Coletiva**, vol 20. No. 3, Rio de Janeiro, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. GOMES, A.P.; DIAS-COELHO, U.C.; CAVALHEIRO, P.O.; GONÇALVES, C.A.N.;

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

GOMES, R.; BRINO, R.F.; AQUILANTE, A.G.; AVÓ, L.R.S. Aprendizagem Baseada em problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 3, p. 444 – 451, 2009. GUIA Acadêmico da Universidade do Estado do Pará, 2017.

HECKERT, A. L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu)** 2009;13 (supl 1) [Capturado em: 20 de mai. 2011];493-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002&lng=en&nrm=iso.

HUNG, W.; JONASSEN, D. H.; LIU, R. Problem-based learning. In SPECTOR, J.M.; van MERRIËNBOER, J.G. **Handbook of research on educational communications and technology**. 3. ed., Mahwah, NJ:

Erlbaum, 2008. Disponível em: http://faculty.ksu.edu.sa/Alhassan/Hand%20book%20on%20research%20in%20educational%20communication/ER5849x_C038.fm.pdf. Acessado em: 11 julho 2017.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Sinopse Estatística de Educação Superior**. Brasília: INEP, 2015. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse>>. Acesso: 12 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1 de julho de 2017. Consultado em 25 de setembro de 2017.

IBIAPINA, I. V. M. L de M. Pesquisa e formação é possível essa aproximação na Pós- Graduação. In: MERCADO, L.P.L.; CAVALCANTE, M.A. da S. (orgs.) **Formação do pesquisador em educação: profissionalização docente, políticas públicas, trabalho e pesquisa**. Maceió: EDUFAL, 2007.

KEMMIS, S. **Becoming critical**. London: Falmer Press, 1986.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**. 8(1):49-70. 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAMPERT, J.B.; COSTA, N.M.S.C.; PERIM, G.L.; ABDALLA, I.G.; AGUILAR, R.H.; STELLA, R.C.R. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Rev Bras Educ Med**. 33 Supl1:19-34. 2009.

LARROSA, Jorge, LARA, Nuria Pérez. **Imagens do outro**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LINCOLN, C. CHEN, G. EVANS, E. RICHARD, A. CASH. A saúde como bem público global. **Bens públicos globais**, p 331 – 349. 2012.

MAGALHÃES, M. C. C; LIBERALI, F. C. A formação crítico-colaborativa de educadores: a “vida que se vive” - uma complexa escolha metodológica. In: BALDI, E. M. B.; PIRES, G. N. da L.; SALONILDE, M. S. **Políticas educacionais e práticas educativas**. Natal: EDUFRN, 2011.

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

MARDOCK, A. R. M. BRASILEIRO, T. S. A. A formação médica humanizada no interior da Amazônia. **Revista AMAzônica**, Ano 11, Vol XXII, Número 2, jul-dez, 2018, Pág. 248-281.

MARDOCK, A. R. M. BRASILEIRO, T. S. A. Metodologias ativas na formação do futuro médico numa universidade pública. **Revista EDUCAmazônia**, Vol XXV, Núm 2, jul-dez, 2020, pág. 531-555.

MARTINS, M. A. Ensino médico [editorial]. **Rev Assoc Med Bras**. 52(5):282-2. 2006.

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

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-

PINTO, M.; MEIRELLES, C.A.B; PINTO-PORTO, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino- aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Cienc Saude Colet.** 13 Supl2:2133-44. 2008.

MOREIRA, M. A. D. M.; LUSTOSA, A. M. DUTRA, F. BARROS, E. de O.; BATISTA, J.

B. V.; DUARTE, M. C. S. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3231-3242, 2015.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface Comun Saúde Educ**, 13(Supl. 1):627-640. 2009.

MORSCHER, Aline; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Processos de trabalho na saúde pública:** humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

NOGUEIRA, M.I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. Bras. Educ. Med** [online]. 2009; 33(2). [Capturado 12 dez. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/14.pdf>

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, 47(6):1186-200. 2013.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde. **Interface – Comunic. Saúde Educ.** 6(10): 63-74. 2002.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Catalão: UFG, 2011.

OLIVEIRA, N. A. de; MEIRELLES, R. M. S. de.; CURY, G. C.; ALVES, L. A. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Rev. bras. educ. med.** v.32 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300008>.

ORELLANA-PEÑA, C. M. Médicos humanistas. **Persona y bioética. pers. bioét.** 18 (1). 57- 69. 2014.

PAIM, J.S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1994.

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

PASCHE, E. P.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4541-4548, 2011.

PUCCINI, P.T.; CECILIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20(5); [Capturado em: 29 set. 2011];1342-1353, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029&lng=pt&nrm=iso>.

QUARESMA, J. A. S. **Metodologias Ativas no Aprendizado**. In: PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, PROJETO PRÓ-SAÚDE, UEPA-Santarém, 2017.

REIS, A. O. A., MARAZINA, V., GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.36-43, set-dez 2004.

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

RIBEIRO, M.M.F.; AMARAL, A.F.S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev Bras Educ Med**. 32(1):90-7. 2008.

RIOS, I.C. **Caminhos da Humanização** – Reflexão e prática. São Paulo: Áurea, 2009.

RIOS, Izabel Cristina; SIRINO, Caroline Braga. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39 (3): 401- 409; 2015.

RIOS, Izabel Cristina. Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina.

Revista Brasileira de Educação Médica, 40 (1): 21-29; 2016.

SALES, L. F. Aprendizagem baseada em problemas (PBL) no curso de medicina no interior da Amazônia: uma análise do processo tutorial.

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-Reitoria de Pesquisa Pós Graduação e Inovação Tecnológica, Instituto de Ciências da Educação, Mestrado Acadêmico em Educação. Sistema Integrado de Biblioteca – SIBI/UFOPA. Santarém, 2016.

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

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004. SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):273-280, 2013.

SANTOS. L. P. G. S.; FRACOLLI. L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para promoção de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.44 no.1 São Paulo Mar. 2010.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

SHOKAR, G. S.; SHOKAR, N. K.; ROMERO, C. M.; BULIK, R. J. Self-directed learning: looking at outcomes with medical students. **Family Medicine-Kansas City**. v. 34, n. 3, p. 197-200, 2002.

SILVA, L. V. L. [*et al.*] (2015): **A Humanização na Saúde Pública Centro de Saúde II Estudo de caso**. *Webartigos*. Disponível em: [https://www.webartigos.com/artigos/a-humanizacao-na-saude-publica-centro-](https://www.webartigos.com/artigos/a-humanizacao-na-saude-publica-centro)

de-saude-ii-estudo-de-caso/133388#ixzz5ERHQhWf. SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro. PINHEIRO, Roseni. Entendendo a Necessidade de médicos no Interior da Amazônia – Brasil. **Revista Brasileira de educação Médica**, 38 (4): 451-459; 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2009; 14(4). [Capturado 10 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a19v14n4.pdf>

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.P.; ALBUQUERQUE, V.S.; CAVALCANTI, F.O.L.;

COTTA, R.M.M. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Cienc Saude Colet**. 18(1):159-70. 2013.

SOUZA. Saulo Aparecido de, REINERT. José Nilson. **Motivação para entrada e permanência nos cursos de graduação em Administração da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**. XXXIII Encontro da ANPAD São Paulo / SP 19 a 23 de setembro de 2009. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ2548.pdf> Acesso: 10 fev. 2017.

TEMPSK, PATRÍCIA; BORBA, MAYLA. O SUS como Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**. p, 319, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>>. Acesso em: abri. 2016.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias**: Acadêmica, da ciência e da pesquisa. 2ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

TORNQUIST, C.S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Ver Estud. Fem**. 2002; 10(2) [Capturado em: 21 Mai 2011]; 483-492. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=pt&nrm=iso>.

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

TRONCON, L.E.A. **Ensino clínico na comunidade**. Medicina (Ribeirão Preto). 32(3):335- 44. 1999.

UEL, Universidade Estadual de Londrina. **Metodologia do Ensino de Química e Estágio Supervisionado I**. 2013. Disponível em: <http://www.cispre.com.br/acervo_detalhes.asp?Id=127>. Acesso em: 10 junho 2017.

UEPA. **ESTATUTO e Regimento Geral da Universidade do Estado do Pará**. Belém (PA), 2000.

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

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

UEPA. **Universidade do Estado do Pará Plano de Desenvolvimento Institucional 2017- 2027** / Organização de Ana da Conceição Oliveira, Maria Elisabete Barata Moreira, Simone Nonato Miranda. – Belém, PA: UEPA, 2017. 202 p.: il.

UNESP. **Caderno de formação: formação de professores didática dos conteúdos / Universidade Virtual do Estado de São Paulo**. – São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. v. 2; 186 p.; 28 cm. – (Curso de Pedagogia).

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P.P.; COSTA, R. (Orgs.).

Cadernos de Subjetividade (reencantamento do concreto). São Paulo: Hucitec; 2003.

VASCONCELOS, R. N. de C.; RUIZ, E. M. Formação de médicos para o SuS: a Integração Ensino e Saúde da Família – revisão Integrativa. **Revista Brasileira de educação Médica**. 39 (4) : 630-638; 2015.

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

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

VEIGA, Ilma Passos Alencastro (Org.). **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. Campinas, SP: Papirus, 23ª ed. 2007 (Coleção Magistério e Trabalho Pedagógico).

VERDI, M.; FINKLER, Mirelle.; MATIAS, M. C. S. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012- 2014). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(3):363-372, jul-set, 2015.

VILARTA, Roberto. **QUALIDADE DE VIDA E NOVAS TECNOLOGIAS**, Gustavo Luis

Gutierrez, Teresa Helena Portela Freire de Carvalho, Aguinaldo Gonçalves (Organizadores). CAMPINAS: IPES EDITORIAL, 2007.

XABREGAS, Q. F. Novas Tecnologias! Novas Crianças! Novas Professoras! O desafio do PROUCA para a Inclusão Digital na Educação Infantil na Amazônia brasileira. **Dissertação de Mestrado**. Instituto de Ciências da

Educação/ICED. Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Educação. Santarém, Pará. Universidade Federal do Oeste do Pará/UFOPA, 2015.

ZABALZA, M. A. **O estágio e as práticas em contextos profissionais na formação universitária**. São Paulo: Cortez, 2014.

ZEICHNER, K.M. **A formação reflexiva de professores: ideias e práticas**. Lisboa: EDUCA, 1993.

ZEICHNER, Kenneth M. Para além da divisão entre professor-pesquisador e pesquisador acadêmico In: GERALDI, Corinta M.; FIORENTINI, Dario. PEREIRA, Elisabete M. (orgs.)

Cartografia do trabalho docente: professor(a)-pesquisador(a). Campinas, Mercado de Letras?ABL, 1998. pp. 207-236.

ZEICHNER, K. M. Novos caminhos para o practicum: uma perspectiva para os anos 90. In: NÓVOA, A. (org.). **Os professores e a sua formação**. Portugal: Dom Quixote, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE,
AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA

TÍTULO DA PESQUISA: POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO SUS:
A FORMAÇÃO EM MEDICINA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA.

Nome da Pesquisadora: Pedagoga Andréa Reni Mendes Mardock,
Mestranda PPGSAQ/UFOPA.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Diversidade Cultural e
Desenvolvimento Amazônico

Orientadora: Dra. Tânia Suely Azevedo Brasileiro

O (a) Sr. (a) é convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo Analisar o desenvolvimento de módulo acadêmico no Curso de Graduação em Medicina com foco na formação humanizada, no interior da Amazônia.

Tendo como participantes a Coordenadora do Curso de Medicina Campus XII/UEPA, Docentes (Módulo INC/GIESC), e Discentes do 1º ao 8º período do Curso de Medicina do Campus XII da UEPA.

Ao participar deste estudo o (a) Sr. (a) permitirá que o/a pesquisadora faça uma coleta de dados utilizando como instrumental a aplicação de questionário e intervenção através da Pesquisa Ação Colaborativa para Discentes, entrevistas gravadas em áudio para a Coordenadora e Docentes. O (A) Sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone (93) 99111-7250, pelo e-mail: andrea.mardock@hotmail.com, ou no endereço: Travessa Rosa Passos, 879, Santíssimo. A orientadora deste estudo é a Professora Dra. Tânia Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA), telefone (93) 99176-0634, e-mail: brasileirovania@gmail.com.

Nesta pesquisa há riscos de constrangimento, uma vez que ocorrerá o contato direto da pesquisadora com os participantes do estudo. Para tanto, as entrevistas serão realizadas em espaço reservado, o qual deixará o entrevistado à vontade e onde serão esclarecidos os princípios éticos da pesquisa, dentre eles: o anonimato dos sujeitos. Caso você se sinta prejudicado pela participação neste estudo seja física, psíquica ou emocionalmente você terá direito a indenização segundo as leis vigentes no país.

As informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para a presente pesquisa e ninguém será identificado. O destino dos dados escritos e gravados em áudio – entrevista – será arquivado pela pesquisadora e após cinco anos da finalização da pesquisa serão incinerados e os gravados apagados.

Destaca-se que diretamente não haverá nenhum benefício, mas os resultados do estudo poderão subsidiar ações/formações docentes/capacitações dos responsáveis pela coordenação do curso de Medicina (UEPA) para melhorar

ou potencializar os conhecimentos dos envolvidos no desenvolvimento do Módulo GIESC. Além do mais, irá proporcionar um melhor conhecimento da matéria do tema em estudo, promovendo o desenvolvimento científico, pois ao se identificar e descrever os conceitos que surgem sobre a coordenação da UEPA no Curso de Medicina no Campus XII, este servirá para se realizar um processo de autorreflexão sobre a prática dos envolvidos e progresso no atendimento humanizado e a qualidade da formação desses médicos, como também, poderão no futuro ainda dispor da melhoria da qualidade do ensino-aprendizagem oferecido pela curso.

O (a) Sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação, pois esta é voluntária podendo retirar-se do estudo antes ou durante a pesquisa sem penalidades ou prejuízos.

Ao final, escreverei um trabalho dissertativo sobre as contribuições e apontamentos percebidos a partir desta pesquisa. Comprometo-me a voltar, e divulgar os resultados desse trabalho no *locus* da investigação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII Santarém, localizado na Avenida Plácido de Castro, 1399, Bairro Aparecida, Santarém-Pará, telefone: (93) 3512-8000, e em caso de dúvida sobre os padrões éticos aplicados à pesquisa você poderá entrar em contato com este comitê. O CEP é formado por vários professores que analisam os aspectos éticos da pesquisa a fim de proteger os participantes da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Estou ciente que estou assinando esse termo em duas vias e que uma delas ficará em minha posse. Desta forma, concordo voluntariamente em participar do presente estudo, podendo retirar meu consentimento em qualquer

momento da pesquisa, sem que isso traga penalidade ou prejuízos algum para mim e autorizo que utilizem, divulguem e publiquem os resultados obtidos pela minha participação neste estudo para fins científicos.

Santarém, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Eu, pesquisadora responsável, declaro que obtive de forma voluntária e ética o consentimento livre e esclarecido do participante.

Andréa Reni Mendes Mardock – Pesquisadora

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE,
AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA

1. Como você avalia as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina, aprovados em 2014 pelo Conselho Nacional de Educação?
2. As competências e as habilidades contidas nas Diretrizes Curriculares parecem-lhes suficientes para a formação de um profissional capaz de atender às necessidades atuais de nossa população? Parecem-lhes adequadas à nossa realidade?
3. Você acredita que as competências e as habilidades propostas no núcleo comum das Diretrizes garantem a formação de um profissional crítico, ético, reflexivo e tecnicamente preparado para desempenhar atividades profissionais em Medicina?
4. Que mudanças você percebe do PPP 2005 para o PPC Unificado 2015 do Curso de Medicina?
5. Qual é o perfil de egresso que se almeja conseguir de acordo com planejamento e o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina Unificado da UEPA, para a formação do médico?

6. Em relação à operacionalização dos INC/GIESC, como você percebe o planejamento institucional e dos docentes para a realização dos mesmos?
7. Qual sua percepção sobre as Metodologias Ativas?
8. Quais as contribuições do INC/GIESC como estratégia de ensino por meio de Metodologias Ativas para uma formação médica que atenda as diretrizes curriculares da área?
9. Como os discentes dos Módulos INC/GIESC são acompanhados e avaliados?
10. Qual a sua percepção em relação às atividades extras módulo INC/GIESC que fomentam conhecimentos para a formação médica, e também para a discussão e resolução dos problemas tratados nos módulos?
11. Qual(is) sua(s) expectativa(s) frente às atividades curriculares que fortalecem os tutoriais, necessários à iniciação profissional durante o curso de Medicina?
12. Em relação aos desafios na constituição de um processo de aprendizagem com Metodologias Ativas, quais aspectos você revisaria ou sugeriria para a implementação do curso?
13. Quais as contribuições do módulo GIESC para implementação das Políticas de Humanização?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS DOCENTES DO MÓDULO INC/GIESC DO CURSO DE MEDICINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE,
AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA

Código: _____

Idade: _____ (opcional) sexo: () F () M

Formação: _____

Pós-Graduação: _____

Tempo de atuação no Curso: (_____) Naturalidade _____

Vínculo de trabalho: () temporário () efetivo () horista () Colaborador(a)

1. Como o(a) senhor(a) avalia as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina, aprovados em 2014 pelo Conselho Nacional de Educação?

2. As competências e as habilidades contidas nas Diretrizes Curriculares parecem-lhes suficientes para a formação de um profissional capaz de atender às necessidades atuais de nossa população de forma humanizada?

3. O(a) senhor(a) percebe mudanças do PPP 2005 para o PPC Unificado 2015 do Curso de Medicina?
4. Qual é o perfil de egresso que se almeja conseguir de acordo com planejamento e o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UEPA, para a formação do médico?
5. Em relação à operacionalização dos INC/GIESC, como você percebe o planejamento institucional e dos docentes para a realização dos mesmos?
6. Qual sua percepção sobre as Metodologias adotadas no Módulo INC/GIESC?
7. Como o(a) senhor(a) conduz o INC/GIESC para Metodologias Ativas?
8. Quais possíveis tensões entre sua formação profissional e a prática docente no uso das Metodologias Ativas?
9. Como os discentes do Módulos INC/GIESC são acompanhados e avaliados?
10. Em relação aos desafios na constituição de um processo de aprendizagem com as Políticas de Humanização, quais aspectos você revisaria ou sugeriria para a implementação no curso?

APÊNDICE E – MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE,
AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Código: _____

Curso: Medicina PERÍODO: Med1 () Med2 () Med3 () Med4 () Med5
() Med6 () Med7 () e Med8 () ANO DE INGRESSO: 201_____

Ensino Médio: () Público () Privado

Gênero: () M () F Idade: () anos Naturalidade: _____

01. Você conhece o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UEPA? Sim
() Não ()

02. Desde qual período? Marque um X.

1º () 2º () 3º () 4º () 5º () 6º () 7º () 8º ()

03. Marque com um “X” a opção: MB-Muito Bom; B – BOM; R- Regular; M – Mal; MM – Muito Mal e SOF –Sem Opinião Formada, de acordo com a influência na sua decisão de fazer o curso de Medicina.

INDICADORES	CRITÉRIOS					
	MB	B	R	M	MM	SOF
01. Incentivo dos amigos						
02. Realização pessoal						
03. Possibilidade de convivência com diferentes pessoas						
04. Orientação/sugestão institucional						
05. Possibilidade de ingressar em um curso universitário						
06. Realização profissional						
07. Ascensão profissional						
08. Incentivo da família						
09. Formação técnico-científica						
10. Outro(s). Especifique:						

04. As competências gerais abaixo estão nas Diretrizes Curriculares Nacionais/ MEC para o Curso de Medicina. Com que intensidade elas estão sendo desenvolvidas, até o momento, em seu curso? Marque com um “X” a opção: MB-Muito Bom; B – BOM; R- Regular; M – Mal; MM – Muito Mal e SOF –Sem Opinião Formada Opinião Formada .

INDICADORES	CRITÉRIOS					
	MB	B	R	M	MM	SOF
01. Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;						
02. Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;						
03. Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;						
04. Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;						
05. Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;						
06. Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;						
07. Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;						

08. Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;						
09. Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;						
10. Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;						
11. Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;						
12. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;						
13. Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;						
14. Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;						
15. Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnicos-científicos e a participação na produção de conhecimentos;						
16. Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;						

17. Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;						
18. Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;						
19. Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;						
20. Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;						
21. Atuar em equipe multiprofissional; · Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.						
22. Outro(s). Especifique:						

05. Tem havido dificuldades para a realização deste curso?

() Sim () Não (Neste caso não responda a próxima questão)

06. Por ordem de importância, qual têm sido as principais dificuldades enfrentadas para a realização deste curso? Enumere da maior dificuldade para a menor.

() Relação com os colegas de curso.

() Acompanhar a dinâmica dos estudos acadêmicos.

() Coordenar os estudos acadêmicos e o trabalho profissional.

() Dominar a retórica e as técnicas da produção científica.

() Conciliar formação, trabalho e família.

() Insuficiência prévia dos conhecimentos na área de formação básica do curso.

() Relacionar teoria e prática dentro do currículo da formação profissional, até o momento.

() Outra. Especifique: _____)

07. Como você caracteriza o perfil profissional do graduado do curso de Medicina da UEPA? _____

08. Com relação estrutura física e operacional do curso de Medicina da UEPA, avalie de acordo com os indicadores: MB-Muito Bom; B – BOM; R- Regular; M – Mal; MM – Muito Mal e SOF –Sem Opinião Formada Opinião Formada.

INDICADORES	CRITÉRIOS					
	MB	B	R	M	MM	SOF
01. Adequação dos espaços de atividades do módulo, considerando suas expectativas.						
02. Adequação dos recursos, material de apoio didático pedagógico, considerando as necessidades para o desenvolvimento qualitativo do Módulo.						
03. Adequação das tecnologias disponíveis, considerando suas expectativas (laboratório de informática; Datashow; ambientes virtuais e suas ferramentas, fórum eletrônico; AVA; programas específicos de computadores etc.)						
04. Adequação do acervo bibliográfico da IES (Biblioteca), considerando as necessidades para o desenvolvimento de atividades didático/pedagógicas durante o curso.						
05. Condições oferecidas, até o momento, para a realização de atividades práticas.						
06. Outra(s). Especifique:						

09. O Perfil profissional estabelecido pela Resolução n° 03 de 20 de junho de 2014 que define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do médico.

-Com base no perfil para a formação do médico, com que intensidade elas estão sendo desenvolvidas, até o momento, em seu curso? Marque com “X” a opção: MB-Muito Bom; B – BOM; R- Regular; M – Mal; MM – Muito Mal e SOF –Sem Opinião Formada Opinião Formada.

INDICADORES	CRITÉRIOS					
	MB	B	R	M	MM	SOF
01. Formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética.						
02. Capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde.						
03. Ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.						
04. Responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano						
05. Transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença						
06. Outra(s). Especifique:						

10. As competências estabelecidas no PPC do Curso de Medicina da UEPA contemplam a formação de um perfil profissional capaz de articular os saberes teóricos com sua prática profissional?

Sim () Não () Parcialmente ()

Justifique:

11. Na qualidade de discente do curso Medicina da UEPA, quais saberes oriundos dos módulos que compõem o currículo você percebe como indispensáveis para a formação do futuro médico?

Justifique:

12. Como você avalia no geral o Módulo INC/GIESC no Curso de Medicina?

- a) () Muito Bom; b) () Bom; c) () Mal; d) () Muito Mal; e) () Sem Opinião.

13. Como você avalia o trabalho realizado pelos docentes do INC/GIESC?

GIESC-I : a) () Muito Bom; b) () Bom; c) () Mal; d) () Muito Mal; e) () Sem Opinião.

GIESC-II : a) () Muito Bom; b) () Bom; c) () Mal; d) () Muito Mal; e) () Sem Opinião.

GIESC-III : a) () Muito Bom; b) () Bom; c) () Mal; d) () Muito Mal; e) () Sem opinião.

GIESC-IV: a) () Muito Bom; b) () Bom; c) () Mal d) () Muito Mal e)() sem opinião.

INC-III: a) () Muito Bom; b) () Bom; c) () Mal; d) () Muito Mal; e)() sem Opinião.

INC-IV: a) () Muito Bom; b) () Bom; c) () Mal; d) () Muito Mal; e)() sem Opinião.

14. Como você percebe a organização do Módulo INC/GIESC para promover a aplicabilidade da teoria na prática (relação teoria-prática)?

a) () articulado com os saberes teóricos e práticos dos módulos cursados no processo de formação do futuro médico.

b) () desarticulado com os saberes teóricos e práticos dos módulos cursados no processo de formação do futuro médico.

c) () Sem Opinião

Justifique:

15. O Módulo INC/GIESC influencia na formação humanizada do futuro médico?

a) () Sim B) () Não C) () parcialmente.

Justifique:

16. Quais os módulos que mais contribuem para a formação humanizada do futuro médico? _____

Obrigado por sua colaboração!

As pesquisadoras.

APÊNDICE D – ROTEIRO DA PESQUISA-AÇÃO COLABORATIVA COM OS DOCENTES DO MÓDULO GIESC DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ (UEPA)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE,
AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA

PESQUISA-AÇÃO COLABORATIVA

1. O que você entende sobre as Políticas de Humanização do SUS?
2. Quais as contribuições do INC/GIESC como estratégia de ensino por meio de Metodologias Ativas para uma formação médica que atenda as diretrizes curriculares da área?
3. Quais as contribuições do módulo GIESC para implementação das Políticas de Humanização?
3. Em relação aos desafios na constituição de um processo de aprendizagem com Metodologias Ativas, quais aspectos você revisaria ou sugeriria para a implementação do curso?

4. Quais os Módulos que mais contribuem para que você possa atender a Política de Humanização do SUS?
6. Como você compreende o processo avaliativo no Módulo?
7. Você percebe a integração com os demais módulos do curso?
8. Como o Módulo GIESC contribui para a formação do perfil egresso estabelecido pelas DCNs?
9. Como os professores do Módulo GIESC poderiam possibilitar aos discentes do curso de Medicina outras metodologias ativas, voltada para a formação humanizada?

ANEXOS

ANEXO A – ACEITE INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DA UEPA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CAMPUS XII – SANTARÉM

ACEITE INSTITUCIONAL

Declaramos em nome da Universidade do Estado do Pará – UEPA, ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado “**Política de Humanização do SUS: A Formação em Medicina no interior da Amazônia**” de autoria da Mestranda Andréa Reni Mendes Mardock sob orientação da docente Profa. Dra. Tânia Suely Azevedo Brasileiro, dando-lhe consentimento para realizar o trabalho nesta instituição, junto ao Curso de Medicina no Módulo GIESC, durante o período pré-estabelecido pelo cronograma.

Ressaltamos que esse parecer é condicionado à apresentação da carta de aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP, vinculado à Plataforma Brasil, para ter seu início na UEPA autorizado.

Atenciosamente,

Santarém, 02 de agosto de 2017.


Prof.ª Dra. Silvânia Yukiko Lins Takanashi
Coordenadora do Campus XII/UEPA/STM
Portaria 5882/15 de 15/12/2015

Prof.ª Dra. Silvânia Yukiko Lins Takanashi
Coordenadora da UEPA/Campus XII-Santarém

ANEXO B – ACEITE INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UEPA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CAMPUS XII – SANTARÉM
CURSO DE MEDICINA


ACEITE INSTITUCIONAL

Declaramos em nome da Universidade do Estado do Pará – UEPA, ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado “**Política de Humanização do SUS: A Formação em Medicina no interior da Amazônia**” de autoria da Mestranda Andréa Reni Mendes Mardock sob orientação da docente Profa. Dra. Tânia Suely Azevedo Brasileiro, dando-lhe consentimento para realizar o trabalho nesta instituição, junto ao Curso de Medicina no Módulo GIESC, durante o período pré-estabelecido pelo cronograma.

Ressaltamos que esse parecer é condicionado à apresentação da carta de aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP, vinculado à Plataforma Brasil, para ter seu início na UEPA autorizado.

Atenciosamente,

Santarém, 02 de agosto de 2017.


Profa. Ma. Zilma Nazare de Souza Pimentel
Coordenadora Adjunta do Curso de Medicina
Campus XII-Santarém

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS
XII - TAPAJÓS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO SUS: A FORMAÇÃO EM MEDICINA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

Pesquisador: ANDREA RENI MENDES MARDOCK

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72808117.4.0000.5168

Instituição Proponente: Universidade Federal do Oeste do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.221.681

Apresentação do Projeto:

O tema em estudo Política de Humanização no SUS: A Formação em Medicina no Interior da Amazônia vêm sendo resignificadas porque a atenção universal, equânime e integral à saúde traz implícita, em sua concepção básica, um significado muito mais profundo que a simples reorganização e manutenção da rede de serviços de saúde. A melhoria qualitativa dos serviços ofertados, a democratização do conhecimento, a utilização de recursos humanos não especializados e de tecnologia simplificada bem como a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas são ideias norteadoras da nova filosofia sanitária brasileira. Neste contexto, a nova proposta pedagógica vai além da visão pragmática do atendimento ao usuário, na contextualização acerca da pedagogia de ensino e aprendizagem, conjecturando-se a sensibilidade do aprender, pois as universidades públicas trabalham com a tríade Ensino, Pesquisa e Extensão. Os acadêmicos do curso de Medicina de uma Universidade Pública têm a oportunidade da vivência em área Comunitária e/ou Preventiva (Unidades Básicas de Saúde) desde as séries Iniciais. O objetivo geral é analisar o desenvolvimento de módulo acadêmico no Curso de Graduação em Medicina com foco na formação humanizada, no Interior da Amazônia. O estudo é qualitativo com a amostra formada por 80 discentes, 10

Endereço: Av. Plácido de Castro, 1399
Cidade: Apucarana
UF: PR
Município: SANTAREM
Telefone: (033) 3512-8013
CX Postal: 68.040-000
Fax: (033) 3512-8030
E-mail: cepupe@outlook.com

Página 21 de 24

Continuação do Projeto: 2.221/891

docentes e 01 coordenadora do curso de medicina do Campus XII da Universidade do Estado do Pará, de Santarém-Pará, matriculados do 1º ao 8º período do curso, que estão no Projeto Político Pedagógico -2005 e o Projeto Unificado do curso de 2015. Para a coleta dos dados utiliza-se a técnica da entrevista semiestruturada, aplicada aos coordenadores do Curso e Pedagógico e aos docentes INC/GIESC, e o questionário com aos discentes dos 1º ao 8º períodos do referido Curso, além da análise de documentos legais vigentes que normalizam a formação médica. Espera-se com este estudo encontrar ações para uma melhor efetivação de ensino aprendizagem através do Módulo GIESC no curso de Medicina do Campus XII-UEPA, com a inserção dos discentes a comunidade em torno da unidade básica de saúde, incluindo, portanto, os grupos sociais, escolas, instituições sociais e famílias entre outras.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Analisar o desenvolvimento de módulo acadêmico no Curso de Graduação em Medicina com foco na formação humanizada, no interior da Amazônia.

ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil profissional do graduado em medicina na concepção de discente e docentes;
- Detectar mudanças ocorridas no Projeto Pedagógico do Curso de medicina da Universidade do Estado do Pará, no módulo Gestão, Interação Ensino Serviço e Comunidade;
- Conhecer as metodologias adotadas no módulo Gestão, Interação Ensino Serviço e Comunidade;
- Discutir como o módulo Gestão, Interação Ensino Serviço e Comunidade pode contribuir com a formação humanizada do profissional médico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Nesta pesquisa há riscos de constrangimento, uma vez que ocorrerá o contato direto da pesquisadora com os participantes do estudo. Para tanto, as entrevistas serão realizadas em espaço reservado, o qual deixará o entrevistado à vontade e onde serão esclarecidos os princípios éticos da pesquisa, dentre eles: o anonimato dos sujeitos.

Benefícios

Destaca-se que diretamente não haverá nenhum benefício, mas os resultados do estudo poderão subsidiar ações/formações docentes/capacitações dos responsáveis pela coordenação do curso de Medicina (UEPA) para melhorar ou potencializar os conhecimentos dos envolvidos no desenvolvimento do Módulo GIESC. Além do mais, irá proporcionar um melhor conhecimento da

Endereço: Av. Plácido de Castro, 1399	CEP: 68.040-090
Cidade: Aparecida	
UF: PA	Município: SANTARÉM
Telefone: (93)0512-8913	Fax: (93)0512-8000
	E-mail: capsaepa@outlook.com

Continuação do Parecer: 2.221.691

materia do tema em estudo, promovendo o desenvolvimento científico, pois ao se identificar e descrever os conceitos que surgem sobre a coordenação da UEPA no Curso de Medicina no Campus XII, este servirá para se realizar um processo de autorreflexão sobre a prática dos envolvidos e progresso no atendimento humanizado e a qualidade da formação desses médicos, como também, poderão no futuro ainda dispor da melhoria da qualidade do ensino-aprendizagem oferecido pela curso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e factível de realização

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos forma apresentados

Concluídas ou Pendentes e Lista de Inadequações:

Todas as pendências elencadas foram sanadas a contento.

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora deve enviar relatório final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO P ROJETO_972273.pdf	10/08/2017 08:55:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_GIESC_CE P.docx	10/08/2017 08:55:03	ANDREA RENI MENDES MARDOCK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Andrea.docx	04/08/2017 09:03:31	ANDREA RENI MENDES MARDOCK	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	04/08/2017 08:58:03	ANDREA RENI MENDES MARDOCK	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_acolite.pdf	03/08/2017 11:19:03	ANDREA RENI MENDES MARDOCK	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Plácido de Castro, 1399
Cidade: Aqueçido **CCP:** 68.040-090
UF: PA **Município:** SANTAREM
Telefone: (00)0512-8913 **Fax:** (00)0512-8900 **E-mail:** cepape@outlook.com

UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS
XII - TAPAJÓS



Continuação do Parecer: 2.201.901

Neecessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTAREM, 16 de Agosto de 2017

Assinado por:
Maria Goreth Silva Ferreira
(Coordenador)

Codereço: Av. Plácido de Castro, 1399 **CCP:** 68.040-090
Cidade: Apucarana
UF: PA **Município:** SANTAREM
Telefone: (00)0512-8013 **Fax:** (00)0512-8000 **E-mail:** cepupe@outlook.com

Página 04 de 04

SOBRE AS AUTORAS



ANDRÉA RENI MENDES MARDOCK

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento, pela Universidade Federal do Oeste do Pará (PPGSND/UFOPA). Mestrado em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida pela Universidade Federal do Oeste do Pará (PPSGSAQ/UFOPA). Mestrado em Educação pela Universidade de Los Pueblos de Europa (UPE). Especialista em Planejamento e Gestão do Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual

Vale do Acaraú (UVA). Bolsista CNPq. Membro dos Grupos de Estudos e Pesquisa PRÁXIS UFOPA e PRÁXIS UNIR, ambos com certificação no CNPq. Atuou como assessora pedagógica nos cursos de Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Medicina e Música da Universidade Estadual do Pará (UEPA), assim como na Educação Infantil. Realiza pesquisas e produções acadêmicas na temática do ensino superior, formação médica e metodologias ativas. E-mail: andrea.mardock@hotmail.com CV: <http://lattes.cnpq.br/0726419439798982>.



TANIA SUELY AZEVEDO BRASILEIRO

Professora titular da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), lotada no Instituto de Ciências da Educação (ICED). Pós-doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (IP/USP), com estágio junto a Cátedra Vigostky da Universidade de Havana/Cuba (2009). Doutorado em Educação pela Universidad Rovira i Virgili, Espanha (URV-ES, 2002), título revalidado pela FE/USP. Mestrado em Pedagogia do Movimento Humano (UGF/RJ, 1992). Mestrado em Tecnologias Educacionais (URV-ES, 2001). Especialista em Medicina Desportiva e Biociências do Esporte (UFJF, 1980), em Didática do Ensino Superior (UGF, 1985) e em Administração dos Serviços de Saúde (UNAERP/SP, 1994). Licenciada em Educação Física, Recreação e Jogos (UFJF, 1978), Psicóloga (UNIR, 1997) e Pedagogia (FIAR, 2004). Docente do quadro permanente do Doutorado Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (PPGSND) e do Mestrado Acadêmico em Educação (PPGE) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), além do

Doutorado em Educação na Amazônia (PGEDA) - Associação Plena em Rede (EDUCANORTE), assumindo a Coordenação do Polo Santarém/UFOPA (2020-2021). Atuou Coordenadora do PPGE da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) (2009-2011), do PPGE UFOPA (2013-2015) e da Licenciatura em Informática Educacional (LIE) (gestão 2019-2021) da UFOPA. É membro pesquisadora da REDE INTER-REGIONAL N-NECO SOBREDOCÊNCIA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR - RIDES e assumiu sua presidência durante a gestão 2012-2015. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa PRAXIS UFOPA/CNPq. Possui experiências como docente e gestora desde a educação infantil até a educação superior (graduação e pós-graduação stricto sensu), com orientações concluídas de IC, TCC, especialização, mestrado e doutorado, além de supervisora de pós-doutorados. Pesquisa e publica em áreas diversas, com ênfase em Educação e Psicologia, destaque para as temáticas: Educação Superior, Política e Gestão Educacional, Formação de Professores, Tecnologias Educacionais, Currículo e Educação para a Sustentabilidade, além de estudiosa do pensamento de Paulo Freire. E-mail: brasileirotania@gmail.com. CV: <http://lattes.cnpq.br/7125374751055075>.

