

Metodologia dialética aplicada à formação médica em uma disciplina na Atenção Básica

A dialectical methodology applied to medical education in a Primary Care syllabus

Fernanda Amendola*

Wânia Regina Veiga Martines**

Mayumi Uchoa Nawa Pagotto***

Maria Elisa Gonzalez Manso****

70

Resumo

Este relato de experiência tem por objetivo divulgar a experiência docente na formação de alunos de um Curso de Graduação em Medicina do município de São Paulo, na Atenção Básica. Por meio da metodologia dialética, são descritas as propostas / objetivos da disciplina Integração Academia, Serviço e Comunidade, em que alunos ingressantes vivenciam conteúdos teórico-práticos direcionados aos princípios do Sistema Único de Saúde, da Estratégia Saúde da Família e da Medicina de Família e Comunidade. Percebeu-se que os três momentos da metodologia dialética: a síntese (mobilização para o conhecimento), a análise (construção do conhecimento) e a síntese (elaboração do conhecimento) contribuem para a qualificação da prática docente e, sobretudo, para a formação de um aluno com visão ampliada e crítica do processo saúde-doença, diante da atual estruturação da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

Palavras-chave: Educação Médica. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Saúde da Família. Programa Saúde da Família.

Abstract

The essay aims at making public the pedagogical knowledge on the education of undergraduate medical students in the City of São Paulo, Brazil, in Primary Care. Proposals and objectives of the academic syllabus "Integration between University, Practical Work and Community" (Integração Academia, Serviço e Comunidade) are dialectically described in order to allow medical undergraduate students to fully experience both the practical and the theoretical contents which are the guiding principles of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, acronym SUS), the Family Health Strategy and the Family and Healthcare Medicine. Synthesis (preparation to gather knowledge), analysis (knowledge construction) and synthesis (knowledge elaboration) come together to contribute for streamlining the teaching practice and to provide the medical undergraduate students an expanded and critical view on the health-disease process in view of the current structure of Primary Care in Brazil.

Keywords: Education, Medical. Primary Health Care. Family Practice. Family Health. Family Health Program.

* Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: fernanda_amendola@yahoo.com.br

** Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: wanregina@terra.com.br

*** Médica. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: mnawa@uol.com.br

**** Médica. Doutoranda em Ciências Sociais pela PUCSP. Mestre em Gerontologia pela PUCSP. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: mansomeg@yahoo.com.br

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

O artigo 12 das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001) prevê que a estrutura do Curso deve inserir precocemente o aluno em atividades práticas, propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação e vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica², que atribui ao Ministério da Saúde a função de articular junto ao Ministério da Educação estratégias de indução a mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica², haja vista que há carência de profissionais, particularmente de médicos, nesse nível de atenção. O segundo volume do estudo Demografia Médica no Brasil³ aponta que apenas 55% dos médicos brasileiros estão vinculados ao sistema público de saúde.

Inserida nesse cenário está a disciplina intitulada “Integração Academia, Serviço e Comunidade” (IASC) de um curso de Medicina de uma Instituição Superior de Ensino privada, no município de São Paulo, que procura atender aos critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e Educação, de integração ensino-serviço, bem como a vivência dos alunos com os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção Básica à Saúde, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática.

A disciplina faz parte da grade curricular do primeiro e segundo semestres do curso, sendo constituída por um conteúdo teórico (40 horas) e prático (80 horas), que acontecem simultaneamente no mesmo período letivo. Portanto, desde o ingresso no curso, os alunos estão inseridos (em uma carga horária total de 240 horas) nos princípios norteadores SUS e na prática de campo, que acontece nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tais Unidades funcionam de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção adotado pelo

Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica.

Cada UBS recebe grupos de cerca de 8 alunos que contam com supervisão docente, bem como a participação ativa de um médico de família e comunidade, caracterizado como o preceptor local, que, entre outras iniciativas, auxilia o aluno a se inserir na equipe de saúde da família, a interagir e se vincular às famílias cadastradas e ao território, a fim de compreender a lógica das ações desenvolvidas localmente.

Os principais objetivos e desafios da disciplina postos na nossa prática docente são: a sensibilização do aluno no início da formação a valorizar as ações de promoção e prevenção na atenção à saúde, segundo os princípios do SUS; o estímulo à formação de profissionais que atuem pautados pelo espírito crítico e pela cidadania e a motivação e preparo de profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira.

Essa construção prevê a formação de profissionais que tenham espírito crítico, que compreendam o sistema de saúde do País e que reconheçam a importância da Atenção Básica para a melhora do perfil de morbimortalidade da população brasileira.

Para que tenhamos êxito no cumprimento desses objetivos é preciso entender a realidade dos alunos e sua visão de mundo, predominantemente diferenciada dessa proposta, uma vez que vivem em um ambiente social onde a atenção à saúde, em sua maioria, é vivenciada no âmbito da medicina privada brasileira.

Entre os objetivos, não figura o de provocar nos alunos um sentimento de afinidade e afetividade com a área, mas sim, por meio da disciplina, despertar um olhar crítico e ampliado do processo saúde-doença e das práticas de intervenções possíveis nesse processo.

O que pretendemos construir pauta-se em uma visão determinada social e historicamente, totalizante e complexa dos determinantes do processo saúde-doença. Tarefa nada fácil para os alunos que muitas vezes chegam à Universidade com uma visão idealizada da profissão, vinculada a modelos hospitalocêntricos e tecnológicos e com imagens muito bem definidas de como são vistos

(pelo mercado de trabalho e pelo reconhecimento social estereotipado) os tais profissionais bem-sucedidos. Além disso, o entendimento do conceito ampliado de saúde, dos seus determinantes e do Sistema de Saúde brasileiro requer não apenas um conhecimento teórico, mas também uma posição política que acompanha um movimento de práticas transformadoras da realidade.

Este relato de experiência é movido por uma sequência complexa de desafios que temos vivenciado no cotidiano da prática docente, no período entre 2008 e 2012, caracterizada pela permanente inquietação de como contribuir significativamente para o aprendizado e construção do conhecimento de alunos ingressantes de um curso de Medicina, no município de São Paulo, visando a formação de profissionais com perfis adequados às necessidades de saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde.

Segundo Morin⁴, a educação do futuro deverá estar centrada na condição humana. Para o autor, o modelo de educação atual foi herdado pelo paradigma ocidental influenciado por Descartes, que inaugurou o racionalismo e as bases da revolução científica, em que defendia a construção do conhecimento por meio da experimentação, comprovação, separando o sujeito do objeto. Outra importante influência no modelo de educação médica atual foi o Relatório Flexner⁵, realizado pelo pesquisador americano que estudou o ensino médico americano e o comparou com diversos países, concluindo que apresentavam péssimas condições de funcionamento e sugeria uma educação científica, baseada na esfera biológica, com ênfase na especialização, experimentação e centrada no hospital.

Ao contrário do paradigma dominante, para Morin⁶, o erro, a interpretação e as crises de incertezas são características que fazem parte da condição humana, de apreender a realidade na lógica do pensamento complexo, considerando ser inviável a simplificação da realidade para a construção do conhecimento.

Nesse aspecto, o modelo tradicional de ensino não dispõe de instrumentos eficazes para que o aluno consiga verdadeiramente compreender a realidade e ampliar o seu olhar sobre a saúde, tornando-se, assim, um agente transformador na sua prática.

Os artigos 9º e 12º das Diretrizes Curriculares Nacionais¹ contemplam a construção de um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador desse processo, buscando a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão / assistência. Recomendam que sejam utilizadas metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, lançando mão de diferentes estratégias para uma aprendizagem significativa e transformadora.

Desse modo, buscaremos, na metodologia dialética, embasamento teórico para compreensão das ações de “ensinagem” propostas pela disciplina. O termo “ensinagem” criado pela autora Anastasiou⁷ significa tanto a ação de ensinar quanto a de apreender (apropriação do conteúdo, diferente de aprender).

METODOLOGIA DIALÉTICA

A metodologia dialética, como proposta por Vasconcellos⁸, baseia-se em uma concepção de homem e conhecimento que se contrapõem à metodologia tradicional, expositiva, em que a transmissão do conhecimento é feita pelo professor (detentor do saber), sendo o conteúdo transmitido pronto, acabado, determinado. Na metodologia tradicional, cabe ao aluno assimilar esse conhecimento – inquestionável – acumulado pela humanidade e memorizá-lo pela repetição e exercícios para a fixação desse conhecimento. Em contraposição, a metodologia dialética entende o homem como um ser ativo e de relações, portanto o conhecimento não pode ser “transferido”, mas sim construído pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo.

Isso significa que o conteúdo apresentado pelo professor precisa ser trabalhado, refletido, reelaborado, pelo aluno, para se constituir em conhecimento dele⁸. Caso contrário, o educando não aprende, podendo, quando muito, apresentar um comportamento condicionado, baseado na memória superficial.

A teoria dialética do conhecimento aponta que o conhecimento se dá basicamente em três

grandes momentos: a síncrese (mobilização para o conhecimento), a análise (construção do conhecimento) e a síntese (elaboração da síntese do conhecimento)⁸.

Utilizando-se o referencial teórico da metodologia dialética, procuramos discutir nossa prática na disciplina IASC I, ministrada no primeiro semestre do curso de Medicina, utilizando seus três momentos e considerando as categorias / critérios sugeridas por Vasconcellos⁸, que devem orientar as atividades dos alunos na etapa de construção do conhecimento.

Essas categorias / critérios estão descritas, resumidamente, a seguir: *significação*: o estabelecimento de vínculos e nexos do conteúdo a ser desenvolvido com os interesses dos alunos; *problematização*: na origem do conhecimento está colocado um problema, e o estudo do conteúdo procurará recuperar sua gênese; *práxis*: ação (motora, perceptiva, reflexiva) do sujeito sobre o objeto a ser conhecido, indicando uma aprendizagem ativa, que também possibilita a articulação do conhecimento com a prática social que lhe deu origem; *críticidade*: conhecimento relacionado a uma visão crítica da realidade, buscando a essência (superando a aparência) dos processos naturais ou sociais; *continuidade-ruptura*: ato de partir de onde se encontra o aluno (senso comum, visão sincrética ou inicial) para, sob efeito da análise, pela ruptura, possibilitar a construção de uma nova síntese que represente um conhecimento mais elaborado e qualitativamente superior; *historicidade*: o ato de trabalhar os conhecimentos em seu quadro relacional, destacando que a síntese existente no momento, por ser histórica e contextual, poderá ser superada por novas sínteses. Além disso, identificar e deixar conhecer as etapas de elaboração que a humanidade passou para chegar à síntese atual; *totalidade*: a combinação da síntese com a análise, articulando o conhecimento com a realidade, seus determinantes, seus nexos internos.

DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

Revisitando a historicidade dos modelos de ensino e as bases do pensamento complexo, a construção do conhecimento e os modelos

educacionais partem de uma concepção histórica de homem e de mundo. Do mesmo modo, o processo saúde-doença ocorre a partir da interação do homem com a natureza em uma relação dialética em que ele a transforma e é transformado por ela. Sendo o homem um ser ativo e de relações, entende-se que o conhecimento também é construído pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo.

Partindo desse pressuposto, como mobilizar os alunos para a compreensão desse processo que, à primeira vista, parece pouco atraente devido a representações já construídas ao longo de sua história de vida, que contempla a ideia de um futuro médico lidando com a mais alta tecnologia e equipamentos de última geração, ultraespecializado, portanto, de maior reconhecimento e detentor maior do saber?

Analisando o contexto histórico-social no qual estão inseridos, pode-se compreender a inclinação para áreas de maior reconhecimento social e *status* profissional. Verificamos um maior número de candidatos por vaga de residência médica nas especialidades que atualmente correspondem à demanda por tecnologias modernas e a supervalorização da aparência, como a Radiologia Médica e a Dermatologia. Por oposição, esses mesmos alunos demonstram um profundo desconhecimento sobre o Sistema de Saúde brasileiro, o perfil epidemiológico da população, as políticas de saúde e o modelo de atenção à saúde adotado no seu próprio município, como demonstrado em alguns estudos nacionais^{9,10} e em nossa prática.

Em uma investigação realizada com um grupo de médicos que atuam no Programa Saúde da Família em Botucatu, interior do Estado de São Paulo⁹, que aponta, entre outros achados, a unanimidade ao mencionarem o fato de o curso de graduação não ter dado destaque e capacitação aos médicos para escolher e exercer a profissão na Atenção Básica, gerando despreparo diante da responsabilidade em atender pacientes de diferentes ciclos de vida, sexo e demandas de saúde, além da abordagem integral exigida nesses atendimentos. Além disso, os profissionais referenciam as experiências fragmentadas e hospital-centradas da graduação, com carência de incen-

tivos e informações suficientes para optar pela atuação na Atenção Básica⁹.

Diante desse cenário, o primeiro desafio é: como provocar o interesse e mobilizar esse aluno para a construção do conhecimento na Atenção Básica, em setores públicos e em regiões periféricas e carentes do município? Como aproximar o objeto da Saúde Coletiva para que ele tenha alguma significação dentro do contexto de vida e da visão de mundo desses alunos?

Considerando esse cenário, Vasconcellos⁸ faz a seguinte crítica:

A rigor, o educando deveria vir à escola já motivado, a partir de seu contato desafiante com a prática social. Ocorre, no entanto, que, numa sociedade de classes como a nossa, a classe dominante mantém todo um aparato tanto em nível da infraestrutura, como da superestrutura para esgotar e saciar os indivíduos, inserindo-os no circuito da alienação. Dessa forma, os sujeitos que chegam à escola estão marcados por falsas necessidades e por ausência de questionamentos (p. 41)⁷.

Partimos do primeiro momento de síncrese em que é colocada uma situação que sensibilizam os alunos e os motivem a se interessar pelo objeto de aprendizagem. Para isso, no primeiro encontro, colocamos algumas questões sobre o que é saúde e o que é doença e exibimos o documentário “Educação Médica – caminhos e histórias”¹¹. Trata-se de um vídeo documental, dirigido por Gilson Gaspodini, realizado pelo Ministério da Saúde – SGTES, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que narra, a partir da trajetória profissional de quatro médicos, importantes mudanças no ensino médico integrando-o ao Serviço de Saúde, utilizando como pano de fundo fatos históricos relacionados às políticas de saúde e educação no Brasil. O objetivo é que comecem a refletir sobre os determinantes históricos que explicam o modelo de educação médica hegemônico e compreendam melhor a proposta pedagógica que irão vivenciar na disciplina, bem como provocar algumas inquietações acerca do papel social e político do profissional médico na sociedade.

Nesse momento, o conhecimento está sendo lançado de forma fragmentada, indeterminada e confusa (momento de síncrese), provocando apenas sentimentos e o início de alguns questionamentos que, com certeza, em algum momento, já havia passado pela cabeça deles, mas de uma forma não consciente e elaborada. Ao final desse primeiro momento, é realizada uma breve exposição da profissão médica: sua história no mundo e no Brasil, e os diferentes perfis do que é “ser médico” em diversos contextos sociais.

No encontro seguinte, é colocada uma situação hipotética em sala de aula, em que os alunos devem contar para uma pesquisadora estrangeira como é o nosso sistema de saúde, aspectos positivos, negativos, forma de financiamento, entre outros. Nota-se o desconforto dos alunos ao se depararem com dificuldades em descrever seu próprio sistema de saúde. Verifica-se, além disso, maior número de informações sobre o sistema suplementar de saúde e aspectos negativos do sistema público. Ressalta-se que raramente a ESF é citada, e a maioria desconhece ou nunca ouviu falar desse modelo de atenção. Após esse momento, é realizada uma leitura em conjunto do editorial da *British Medical Journal* (BMJ) intitulado “Programa Saúde da Família no Brasil: um sucesso custoso-efetivo do qual países de alta renda poderiam tirar lições”¹². Após a leitura, os alunos expressam surpresa com os dados apresentados no texto sobre o impacto da ESF nos indicadores sociais e de saúde no Brasil, além dos autores citarem o nosso modelo de atenção como um bom exemplo a ser seguido por outros países do mundo.

No encontro subsequente, são apresentadas, brevemente, de forma reflexiva e crítica, as diversas concepções de saúde-doença ao longo da história, um panorama sobre a situação de saúde no Brasil e a Estratégia Saúde da Família inserida nesse contexto. Nesse momento, procura-se enfatizar que a visão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença é o alicerce em que está construído o nosso sistema de saúde, a ESF e a formação médica atual. Por fim, é apresentada a região, na qual os graduandos irão estagiar, informando-os sobre sua geografia, perfil socio-demográfico e de saúde, ao mesmo tempo em

que se procura estabelecer relações do território com as condições de vida e trabalho, que irão determinar os potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde dessa população.

Um dos objetivos da fase inicial de mobilização é que a primeira aproximação à área da saúde se inicie de uma forma não-alienada e crítica. Colocamos, aqui, a alienação também no sentido do processo de trabalho desses alunos, futuros trabalhadores da saúde, que devem ter conhecimento amplo do seu objeto de trabalho, entendendo a historicidade do processo saúde-doença, o contexto no qual está inserido no Brasil e no mundo e os seus determinantes. Em outras palavras, entender para que, para quem e por que as coisas estão colocadas dessa forma atualmente. Atendendo a quais interesses? E questionando-os quanto ao seu papel diante dessa situação, de reproduzir ou de transformar a realidade. Qual o meu papel social? Qual o meu papel como cidadão? No que essa realidade me atinge e me mobiliza? Inicia-se, então, a etapa da construção do conhecimento utilizando-se das categorias de significação e problematização, procurando dar sentido e significado ao objeto de conhecimento em questão.

Segundo Vasconcelos⁸,

a tarefa do educador é ajudar o educando a tomar consciência das necessidades postas socialmente, colaborar no discernimento de quais são as essenciais e na articulação delas com o objeto de conhecimento em questão. Numa sociedade massificadora e alienante, fica evidente a dificuldade do educador em realizar esta tarefa, mas também, por isso mesmo a sua importância (p. 39)⁷.

Assim, para que a aprendizagem seja realmente significativa, deve-se aproximar o objeto à realidade do aluno e não mantê-lo como algo abstrato descolado da realidade. Para isso, a próxima etapa de construção do conhecimento, a práxis, acontece com a aproximação do objeto de conhecimento, na prática, com base em um roteiro norteador para reconhecimento do campo de estágio, da comunidade e população. Os alunos conhecem a equipe de saúde que os acolherá ao longo do ano, o território, o funcionamento da UBS e os serviços oferecidos à população, e

visitam as famílias pertencentes à área da Agente Comunitária de Saúde que irá acompanhá-los ao longo do ano. A partir da coleta dessas informações, do contato com a equipe, população e setores da UBS, os alunos irão assimilar diversos novos conhecimentos em uma fase incluída na categoria de continuidade e ruptura para o início da construção de um novo conhecimento.

Após algumas semanas destinadas à coleta dos dados, os diferentes grupos se reúnem para apresentarem, sob a forma de seminários em grupo, suas experiências e os dados que coletaram. Juntamente com os docentes (e preceptores que, eventualmente, participam do encontro), abre-se para discussão, em uma abordagem problematizadora e crítica do conteúdo apresentado pelos alunos. Aos poucos, aqueles diversos dados, desconexos, vão tomando forma e vão sendo agregados, de forma que a apreensão dos fenômenos relatados ocorra pela construção conjunta entre docentes, preceptores e alunos, valorizando o conhecimento trazido pelos alunos e estimulando novos questionamentos com vistas a uma busca ativa do conhecimento, aprofundando a etapa da criticidade na construção do conhecimento.

Ao longo do semestre letivo, os alunos têm aulas teóricas semanais, em que as experiências da prática são trazidas para o debate. O conteúdo teórico relaciona-se aos temas: determinantes sociais da saúde, vulnerabilidade / risco, sistemas de saúde, princípios do SUS, níveis de atenção, acessibilidade, redes, municipalização, a atenção primária e ESF, humanização em saúde, metas do milênio, conselhos e conferências, conceito de cidadania e interface com a medicina. Pela análise das condições materiais de vida e do estilo de vida, os alunos são instigados a resolver problemas relacionados com diferentes perfis epidemiológicos, interpretando-os com base nos referenciais teórico-práticos.

Com isso constroem o conhecimento, associando o conteúdo com o que é experimentado na prática, englobando a historicidade e a totalidade, pois, “a lógica da experiência produz diferença, heterogeneidade e pluralidade (...) a experiência funda também uma ordem epistemológica e uma ordem ética” (p. 28)¹³. Nessa fase, é comum os alunos relacionarem diferenças entre as pré-concep-

ções que traziam e a realidade que encontraram nas UBS e nos cotidianos das famílias no território.

Ao final do semestre, uma das tarefas da disciplina é que os alunos elaborem um Projeto de Intervenção para (e com) a comunidade. Com base em um diagnóstico comunitário em que os alunos identificam alguma necessidade, propõem algum tipo de intervenção, utilizando-se das mais variadas estratégias para atingir os objetivos propostos. É o momento de síntese que, por meio de todo o conteúdo apreendido e vivenciado, os alunos identificam o problema, fazem correlações, análises, interpretações e, sob um olhar crítico, propõem estratégias para intervir e transformar a realidade, em uma abordagem ampla, não apenas curativa e individual. Carvalho e Ceccim¹⁴ destacam que os estudantes devem saber mobilizar seus conhecimentos científicos em saberes e práticas, transformando-os em atividade social e política libertadora.

Os Projetos de Intervenção objetivam ações de promoção e prevenção à saúde da comunidade que pertence à área de abrangência da UBS. Destacamos os projetos de educação no trânsito, na escola, a montagem de uma brinquedoteca, a realização de eventos temáticos promovendo atividades lúdicas e de lazer, assim como o grupo de corpo e mente que procurou resgatar a história de vida de mulheres com diagnóstico de depressão por meio de cartas e promover a autoestima com “o dia da beleza” e atividades corporais. Foram realizadas também ações de educação em saúde e/ou prevenção, em função de aspectos como descarte de lixo inadequado, hábitos de higiene e moradia precários e cuidado impróprio aos animais domésticos.

É por meio do Projeto de Intervenção que esses alunos trazem uma devolutiva à sociedade e à própria UBS na qual estão estagiando: o investimento material e não-material dispensados a eles no seu processo de aprendizagem. Todo processo torna-se verdadeiramente significativo, e a educação cumpre o seu papel como “uma forma de mediação em relação ao processo de transformação objetiva da realidade” (p. 52)⁸.

CONCLUSÃO

Há muitos desafios a serem enfrentados nesse percurso, mas há muitas possibilidades também que despontam no horizonte. O aprendizado proporcionado neste período nos forneceu elementos para compreender melhor nossa prática, analisá-la, interpretá-la, resignificá-la e superá-la, por meio das teorias aprendidas, das reflexões e discussões emergidas, além das estratégias de ensinagem abordadas.

Um dos instrumentos que pretendemos utilizar em prática é o mapa conceitual¹⁵ no momento de síntese, que consegue representar graficamente o conteúdo apreendido de forma complexa, articulada e integrativa, proporcionando um momento de aprendizagem significativa, contextualizando e interligando as diversas áreas de conhecimento. Outra abordagem que pretendemos utilizar com mais frequência é a metodologia problematizadora¹⁶ como principal instrumento de mobilização para o conhecimento desses alunos.

De fato, o processo de apreensão do conhecimento inclui, sobretudo, o fenômeno do ser humano atribuir sentido à experiência, por meio daquilo que o toca e que possibilita sua perspectiva pensante e atuante, construída em seu processo particular de acessar ideias, articular concepções e vivências reais¹³, como pode (e deve) ocorrer com o aluno no cotidiano do campo de estágio.

Vale ressaltar que é no contato com a diferença e a heterogeneidade da população acompanhada que a apreensão do conceito ampliado de saúde e doença fará sentido, já que é nesse aspecto que a equidade, princípio tão destacado do SUS, se fará presente e necessário, àqueles alunos (futuros profissionais) que vivenciarem, de fato, uma prática médica humanizada, afinada com as noções de risco e de vulnerabilidade.

Todos os esforços relatados têm em seu objetivo final a construção de uma sociedade mais justa e igualitária para todos, em que cada um possa ofertar o melhor de si e a sua contribuição para a transformação da nossa realidade. Para Carvalho e Ceccim¹⁴, cabe à Saúde Coletiva propor outros modos de pensar a formação e a educação em saúde, contribuindo para que tomemos posse de saberes e práticas que não se restringe

ao conhecimento técnico, mas contempla a percepção e o exercício do poder que nos impulsiona para a construção de projetos de vida, de liberdade e de felicidade, com a viabilização de sonhos pessoais e profissionais por saúde.

Sentimo-nos privilegiadas em ministrar uma

disciplina que fornece condições objetivas e práticas para intervir na realidade, mesmo que de forma restrita e localizada e igualmente de lançarmos mão de uma metodologia que contribui para a qualificação da prática docente e discente e consequente contribuição para um mundo melhor.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet] 2006 [acesso 25 Fev 2010]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Demografia Médica no Brasil: segundo volume [acesso 10 Fev 2013]. Disponível em: <http://www.sinmedmg.org.br/noticias/pt-br/ler/8129/demografia-medica-no-brasil-dados-sugerem-insuficiencia-de-medicos-para-atender-todo-o-pais>
4. Morin E. Os setes saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO; 2000.
5. Nogueira CWM. O relatório e suas implicações no ensino médico. Boletim da FCM – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas [Internet]. 2010 [acesso 27 Dez 2010];6(6):5. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/boletins/pdfs/Boletim_dezembroV2.pdf
6. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma - reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
7. Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de ensinagem na Universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula. 6a ed. Joinville: Editora Univille; 2006. p. 12-35.
8. Vasconcellos CS. Metodologia dialética em sala de aula. Rev Educ AEC [Internet]. 1992 [acesso 8 Set 2009];(83). Disponível em: <http://www.celsovasconcellos.com.br/Textos/MDSA-AEC.pdf>
9. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: Formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):382-92.
10. Almeida JP, Dias JP. Conhecimento dos estudantes de medicina de uma faculdade do nordeste brasileiro sobre o sistema único de saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2012;36(2):482-501.
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Educação médica – caminhos e histórias [DVD]. Brasília: Contraponto; s/a.
12. Harris M, Haines A. Programa Saúde da Família no Brasil: um sucesso custo-efetivo do qual países de alta renda poderiam tirar lições. Editorial. BMJ. 2010;341:c4945. Disponível em: www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.full
13. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ. 2002;(19):20-8.
14. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Fiocruz; 2009. p. 137-70.
15. Moreira MA. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. Cad Aplicação. 1998;11(2):143-56.
16. Berbel NAM. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface Comunic Saúde Educ. 2008;2(2):139-54.