



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

ERIKA GALVÃO FIGUERÊDO

**INTEGRAÇÃO DO CURRÍCULO MODULAR DO CURSO DE MEDICINA DA  
UFPI/CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO**

TERESINA

2017

ERIKA GALVÃO FIGUERÊDO

**INTEGRAÇÃO DO CURRÍCULO MODULAR DO CURSO DE MEDICINA DA  
UFPI/CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de pesquisa: Ensino na saúde

Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

Co-orientador: Prof. Dr. Antônio Vladimir Félix da Silva

TERESINA

2017

**Universidade Federal do Piauí**  
**Serviço de Processamento Técnico**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**

F475i Figuerêdo, Erika Galvão.  
Integração do currículo modular do curso de medicina da ufpi/campus  
Ministro Reis Velloso / Erika Galvão Figuerêdo. -- Teresina, 2017.  
107 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-  
Graduação em Ciências e Saúde, 2017.  
“Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa.”  
Bibliografia

1. Currículo. 2. Educação em saúde. 3. Educação médica. I. Título. II.  
Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 375

ERIKA GALVÃO FIGUERÊDO

**INTEGRAÇÃO DO CURRÍCULO MODULAR DO CURSO DE MEDICINA DA  
UFPI/CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO**

Dissertação de Mestrado submetida ao  
Mestrado em Ciências e Saúde da  
Universidade Federal do Piauí, para obtenção  
do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa (UFPI)  
Presidente

---

Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira (UFPI)  
Examinador Externo

---

Profa. Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira (UFPI)  
Examinador Interno

---

Profa. Dra. Janete de Páscoa Rodrigues (UFPI)  
Suplente

Dedico ao meu filhinho Pedro que mesmo ainda em meu ventre me motivou em todos os meus passos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por guiar meus passos e minhas escolhas em busca de uma tão sonhada carreira acadêmica.

Aos meus pais Nonato e Edileusa, por sempre apoiarem meus sonhos e estarem ao meu lado em todos os momentos.

Aos meus queridos irmãos Rodrigo e Raquel, pelas influências positivas e por representarem exemplos de profissional e pesquisador.

Ao meu amado marido Joelson, pelo apoio e companheirismo constante na vida pessoal e profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, pelo apoio e encorajamento em todos os momentos dessa caminhada e pelo exemplo de professor e ser humano. Ao meu co-orientador, Prof. Vladimir, pelo auxílio essencial para realização deste trabalho.

À Universidade Federal do Piauí, por ter-me permitido essa formação profissional, e ao mesmo tempo pessoal.

Aos membros da banca examinadora, professores Jander, Zélia e Janete, pelas contribuições para a melhoria desta dissertação.

Aos docentes que participaram da pesquisa, que compartilharam seus conhecimentos e concederam informações fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos professores do curso de Educação Física da UFPI, que me proporcionaram ainda na graduação, a possibilidade de vislumbrar uma vida acadêmica e profissional de qualidade.

Aos professores do mestrado em Ciências e Saúde, pelo conhecimento compartilhado.

Aos colegas de turma do Mestrado, pelos momentos de companheirismo.

E por fim, a todos aqueles, que de alguma forma, estiveram ao meu lado durante essa conquista. Muito obrigado!

Enquanto ensino continuo buscando, reprocuro. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade. (Paulo Freire)

## RESUMO

O currículo médico e a forma de ensinar a medicina têm sido discutidos em todo o mundo contemporâneo. Nesse contexto, a integração curricular preconizada no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina do *Campus* Ministro Reis Velloso (CMRV) da UFPI constitui um grande desafio para a formação, cuja superação inicia com a compreensão dos conceitos básicos de integração curricular, por parte dos atores envolvidos no processo. De maneira geral, o estudo busca avaliar o nível de integração de módulos componentes curriculares do curso. De maneira específica visa caracterizar os docentes de três módulos do curso de medicina da UFPI/CMRV; Descrever como os professores se articulam para ensinar os conteúdos do módulo de forma integrada; Identificar as metodologias de ensino-aprendizagem mais utilizadas e as formas como avaliam a aprendizagem dos conteúdos de cada módulo; Elencar as contribuições dos Círculos de Cultura para a construção da integração curricular. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, com professores de três módulos do curso de Medicina da UFPI, sendo eles: Bases dos Processos de Agressão e Defesa (BPAD), Bases dos Processos Psicossociais (BPPS), e Atenção Primária em Saúde (APS). Utilizou-se um questionário para caracterizar a amostra e foram realizados quatro Círculos de Cultura (CC) orientados por perguntas problematizadoras, que foram gravadas e depois transcritas e analisadas. Os dados quantificáveis foram analisados por meio do programa estatístico SPSS, versão 18.0 e a etapa qualitativa contemplou a análise de conteúdo. A avaliação do nível de integração se baseou na escada de integração de Harden (2000) composta por 11 degraus. A amostra foi composta por 14 professores, com média de idade de  $34 \pm 6,6$  anos e com diferentes áreas de formação. A maioria dos professores (38,5%) tinha de 6 a 10 anos de formação, 61,5% eram doutores, e maior parte deles (30,8%) exerciam a docência há um período de 4 a 6 anos. Para avaliar a integração, as categorias de análise foram organizadas em quatro blocos: Articulação, Metodologia, Avaliação da aprendizagem e Integração inter módulo, que juntamente com a análise baseada na escada de Harden concluíram que o módulo BPAD alcançou o sexto degrau, o da partilha, que remete à construção coletiva e um planejamento evitando o excesso de conceitos, bem como uma execução e uma avaliação partindo de temas comuns e complementares. Acredita-se que o módulo APS alcançou o degrau da coordenação temporal, quinto degrau, pois durante o planejamento, os docentes sugerem e adaptam instrumentos de prática no sentido de padronizá-los, para que os alunos atinjam os mesmos objetivos e competências. O módulo BPPS alcançou o degrau da nidificação, quarto degrau, partindo do pressuposto que as competências gerais são reconhecidas, que existe comunicação entre os conhecimentos ministrados e que os professores utilizam como elemento integrador, uma variedade de metodologias ativas e participativas oferecendo aos alunos a capacidade de resolver problemas. Quanto às contribuições dos CC, estes permitiram que os professores construíssem seus próprios conhecimentos, reconhecessem suas fragilidades e pensassem coletivamente em soluções e caminhos para um ensino integrado. Em síntese, foi possível concluir a complexidade de um processo de integração curricular, bem como a necessidade de avançar nessa integração e para isso, professores precisam ter atitudes críticas, reflexivas e participativas.

**Palavras-chave:** Currículo. Educação em saúde. Educação Médica.



## ABSTRACT

The medical curriculum and the way of teaching medicine have been discussed throughout the contemporary world. In this context, the curricular integration advocated in the Pedagogical Project of the Course of Medicine of Campus Ministro Reis Velloso (CMRV) of the UFPI constitutes a great challenge for the formation, whose overcoming begins with the understanding of the basic concepts of curricular integration, on the part Of the actors involved in the process. In general, the study seeks to evaluate the level of integration of modules curricular components of the course. Specifically, it aims to characterize the professors of three modules of the UFPI / CMRV medical course; Describe how teachers articulate themselves to teach the contents of the module in an integrated way; To identify the most used teaching-learning methodologies and the ways in which they evaluate the learning of the contents of each module; List the contributions of the Culture Circles for the construction of curricular integration. For that, an exploratory and descriptive study, with a quantitative and qualitative approach, was carried out with professors from three modules of the UFPI Medicine course, namely: Bases of the Processes of Aggression and Defense (BPAD), Bases of Psychosocial Processes (BPPS) and Primary Health Care (APS). A questionnaire was used to characterize the sample and four Circles of Culture (CC) were conducted, guided by questioning questions, which were recorded and then transcribed and analyzed. The quantifiable data were analyzed using the statistical program SPSS, version 18.0 and the qualitative step contemplated content analysis. The integration level assessment was based on the Harden integration ladder (2000) consisting of 11 steps. The study was submitted to the Brazil platform and approved by the Ethics and Research Committee of the UFPI. The sample consisted of 14 teachers, with a mean age of  $34 \pm 6.6$  years and with different training areas. Most of the teachers (38.5%) had 6 to 10 years of training, 61.5% were doctors, and most of them (30.8%) had been teaching for 4 to 6 years. In order to evaluate integration, the categories of analysis were organized into four blocks: Articulation, Methodology, Learning Assessment and Intermodal Integration, which, together with Harden's ladder-based analysis, concluded that the BPAD module reached the sixth step, that of sharing , which refers to the collective construction and planning avoiding the excess of concepts, as well as an execution and an evaluation starting from common and complementary themes. It is believed that the APS module has reached the stage of temporal coordination, fifth step, because during the planning, teachers suggest and adapt practice instruments in order to standardize them, so that the students achieve the same objectives and competencies. The BPPS module reached the nesting step, the fourth step, based on the assumption that general competences are recognized, that there is communication between the knowledge provided and that teachers use as an integrating element, a variety of active and participative methodologies offering students the ability to solve problems. As for the CC's contributions, they allowed teachers to build their own knowledge, recognize their fragilities, and think collectively about solutions and paths to integrated teaching. In summary, it was possible to conclude the complexity of a process of curricular integration, as well as the need to advance in this integration and for this, teachers need to have critical, reflexive and participatory attitudes.

**Keywords:** Health Education. Education. Medical. Curriculum.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABC</b>	Aprendizagem baseada em casos
<b>APS</b>	Atenção Primária em Saúde
<b>BPAD</b>	Bases dos Processos de Agressão e Defesa
<b>BPPS</b>	Bases dos Processos Psicossociais
<b>CC</b>	Círculos de Cultura
<b>CES</b>	Comissão da Câmara de Educação Superior
<b>CMRV</b>	<i>Campus</i> Ministro Reis Velloso
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>DAEM</b>	Documento para Acompanhamento de Escolas de Medicina
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DCNs Medicina</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
<b>PBL</b>	<i>Problem Based Learning</i>
<b>PPC</b>	Projeto Pedagógico do Curso
<b>Promed</b>	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TBL</b>	<i>Team Based Learning</i>
<b>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Descritivo das seis dimensões propostas no modelo SPICES .....	21
<b>Figura 2</b> - Escada de Integração de Harden.....	23
<b>Figura 3</b> - Categorias de análise estruturadas por bloco no Círculo de Cultura com o módulo BPAD .....	42
<b>Figura 4</b> - Categorias de análise estruturadas por bloco no Círculo de Cultura com o módulo APS.....	54
<b>Figura 5</b> - Categorias de análise estruturadas por bloco no Círculo de Cultura com o módulo BPPS.....	65

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização dos professores dos módulos BPAD, APS e BPPS.....	43
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1 Objetivos</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Educação médica</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 O currículo no ensino médico</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3 Metodologias ativas e participativas na formação médica</b> .....	<b>25</b>
<b>2.4 O papel da avaliação na formação médica</b> .....	<b>29</b>
<b>2.5 O curso de Medicina da UFPI – Campus Ministro Reis Velloso</b> .....	<b>31</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>35</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>35</b>
<b>3.2. Cenário da pesquisa</b> .....	<b>35</b>
<b>3.3. Participantes do estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta</b> .....	<b>36</b>
<b>3.5 Análise dos dados</b> .....	<b>38</b>
<b>3.6 Procedimentos éticos</b> .....	<b>39</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>4.1 Caracterização dos professores dos módulos Bases dos Processos de Agressão e Defesa, Atenção Primária em Saúde e Bases dos Processos Psicossociais</b> .....	<b>40</b>
<b>4.2 Integração curricular em módulos do curso de Medicina da UFPI – Campus Ministro Reis Velloso</b> .....	<b>41</b>
<b>4.2.1 Etapa 1: Análise individual dos módulos por blocos de categorias</b> .....	<b>41</b>
<i>4.2.1.1 Círculo de Cultura com o módulo Bases dos Processos de Agressão e Defesa</i> ....	<i>41</i>
<i>4.2.1.2 Círculo de Cultura com o módulo Atenção Primária em Saúde</i> .....	<i>53</i>
<i>4.2.1.3 Círculo de Cultura com o módulo Bases dos Processos Psicossociais</i> .....	<i>64</i>
<b>4.2.2 Etapa 2: Avaliação do nível de integração dos módulos</b> .....	<b>72</b>
<i>4.2.2.1 Módulo Bases dos Processos de Agressão e Defesa</i> .....	<i>73</i>
<i>4.2.2.2 Módulo Bases da Atenção Primária em Saúde</i> .....	<i>74</i>
<i>4.2.2.3 Módulo Bases dos Processos Psicossociais</i> .....	<i>76</i>
<b>4.2.3 Etapa 3: Contribuições a partir dos Círculos de Cultura</b> .....	<b>77</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>80</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>94</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O currículo médico e a forma de ensinar a medicina têm sido discutidos em todo o mundo. A produção contínua de novos determinantes do processo saúde e doença, a intensa produção e difusão de novos conhecimentos, a especialização médica, a evolução tecnológica e os conceitos de medicina baseada em evidências têm trazido à tona inúmeras discussões a respeito da reorganização do currículo médico. (PEDROSA, 2013; MARIANI, PÊGO-FERNANDES, 2013). As discussões ressaltam ainda, que o novo profissional médico deve ter uma formação voltada à resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade, uma vez que o modelo de ensino tradicional, pautado na transmissão passiva de conhecimentos, não contribui para uma formação médica condizente com um perfil de profissional adequado para atender às demandas sociais e de saúde do mundo atual. (FERREIRA; TSUJI; TONHOM, 2015).

Existem inúmeras propostas curriculares capazes de proporcionar uma formação capaz de garantir a competência para a prática profissional. O que se percebe na atualidade, é um enfoque cada vez menor nos currículos fragmentados, que isolam disciplinas e que estejam desarticulados de conteúdos realmente significativos para a prática profissional dos estudantes. Sendo assim, o esforço se concentra na ação de professores, alunos e sociedade, em organizarem os currículos, considerando as relações, significados e relevância daquilo que será aprendido com o mundo do trabalho e a prática profissional, pois compreender esse significado é um dos principais estímulos para o interesse e a motivação dos estudantes em aprender (MC GRATH; BACK; MANAGEMENT, 2009).

Diante das discussões a respeito da formação médica, bem como das modificações curriculares, a Universidade Federal do Piauí implantou o Curso de Medicina no *Campus* de Parnaíba em agosto de 2014, integrando o Programa Mais Médicos para o Brasil, do qual faz parte a Política de Expansão das Escolas Médicas, ofertando aumento do número de vagas em cursos existentes e novos cursos em áreas estratégicas. O curso organiza-se de acordo com as recomendações legais contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituída pela resolução nº3, de 20 de junho de 2014, exibindo uma matriz curricular integrada e a adoção combinada de metodologias tradicionais, ativas e participativas, visando um ensino centrado no estudante e na comunidade.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, promulgada pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação dispõem, no seu terceiro artigo, que:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p.1).

A integração curricular, preconizada no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina da UFPI/CMRV constitui um grande desafio para a formação. No entanto, o primeiro passo para superar esse desafio é a compreensão dos conceitos básicos de integração curricular por parte dos atores envolvidos no processo, sejam eles professores, alunos, gestores e sociedade. Esse entendimento se faz necessário para o sucesso da proposta curricular. (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

O outro elemento-chave do PPC trata da utilização de novas propostas pedagógicas, os cursos de graduação, com destaque para os da área da saúde, têm sido estimulados a incluir, em suas reorganizações, metodologias de ensino que permitam dar conta dos novos perfis de profissionais. A fim de atender às necessidades dessa nova realidade universitária, é de grande importância o desenvolvimento de habilidades didáticas suficientemente eficazes, buscando uma visão de mundo, ciência, ser humano e educação, compatível com a realidade atual. Neste contexto, destacam-se as metodologias ativas como formas de desenvolver o processo de aprendizagem, conduzindo para a formação crítica de futuros profissionais nas mais diversas áreas. A utilização dessas metodologias pode favorecer a autonomia do educando, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas, advindas das atividades essenciais da prática social e em contextos do estudante (BORGES; ALENCAR, 2014).

Percebe-se então, que o PPC de Medicina da UFPI/CMRV, contempla as inovações preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). No entanto, necessita ser apropriado e vivenciado pelos docentes e discentes. Trabalhar com um sistema integrado, bem como utilizar metodologias ativas, implica grandes mudanças.

Assim, o objetivo do trabalho é avaliar o nível de integração do currículo em três módulos do curso de Medicina da UFPI, *Campus* Ministro Reis Velloso. Por entender a integração como um processo complexo, que engloba diversos fatores, buscou-se responder aos questionamentos: Como os professores se articulam para ensinar de forma integrada os



conteúdos do seu módulo? Que metodologias de ensino-aprendizagem eles estão utilizando para promover um ensino integrado? Como avaliam a aprendizagem dos conteúdos do módulo? Como e quando cada módulo se integra com os demais módulos do curso?

Neste sentido, surge a proposta da realização de Círculos de Cultura (CC), que além de contemplar elementos metodológicos na busca das respostas para as perguntas de pesquisa, atuam como dispositivo de discussão crítica e reflexiva. Constituindo uma estratégia da educação libertadora, que é construída a partir de uma educação problematizadora, alicerçada em perguntas provocadoras de novas respostas, no diálogo crítico, libertador, na tomada de consciência de sua condição existencial.

Neste sentido, surge a proposta da realização de Círculos de Cultura, que além de contemplar elementos metodológicos na busca das respostas para as perguntas de pesquisa, atuam como dispositivo de discussão crítica e reflexiva. O CC é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências, que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (FREIRE, 1999b). Freire (1996) defende uma educação dos homens por meio da conscientização, da desalienação e da problematização e define que uma educação popular e verdadeiramente libertadora, é construída a partir de uma educação problematizadora, alicerçada em perguntas provocadoras de novas respostas, no diálogo crítico, libertador, na tomada de consciência de sua condição existencial.

A pesquisa se justifica inicialmente, pela necessidade de problematizar a integração entre os docentes, identificando as zonas de conforto e conflito presentes nos módulos do curso, promovendo auto-reflexão, a superação de crise, a busca de conexões e soluções e o pensar em conjunto. Trabalho que busca refletir a respeito do processo de construção, reconstrução e desconstrução coletiva de uma integração ainda em processo de constituição.

O outro aspecto se refere à avaliação da integração, pois tendo em vista que o atual PPC defende um currículo dinâmico, flexível e formativo, centrado no estudante, se faz necessário um processo contínuo de avaliação, discussão, reflexão e reformulação. Acredita-se que acompanhar o passo a passo dessa construção ajudará os próprios docentes a reprogramar objetivos, constatar progressos, dificuldades, reorientar seus trabalhos e realizar os ajustes necessários para a formação consciente e responsável de um profissional médico diferenciado.

Acompanhar um processo de integração curricular em um curso de graduação da área de saúde foi o elemento motivador deste trabalho. O aprofundamento teórico a respeito da integração em um currículo modular, as dificuldades vivenciadas cotidianamente pelo grupo

de professores envolvidos na construção de um currículo diferenciado, a troca de experiências e a exploração de elementos que compõem o processo de ensino-aprendizagem foram bastante valiosos para a pesquisadora e também professora.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é avaliar o nível de integração curricular de módulos do curso de Medicina da UFPI, Campus Ministro Reis Velloso. Como objetivos específicos visa caracterizar os docentes de três módulos do curso de medicina da UFPI – Campus Ministro Reis Velloso; descrever como os professores se articulam para ensinar os conteúdos do módulo de forma integrada; identificar as metodologias de ensino-aprendizagem mais utilizadas e as formas como avaliam a aprendizagem dos conteúdos de cada módulo e elencar as contribuições dos Círculos de Cultura para a construção da integração curricular.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Educação médica

As discussões a respeito da educação médica atentam para a necessidade de articular a formação de profissionais médicos ao sistema de saúde vigente. Sendo assim, a graduação e o ambiente acadêmico precisam estar em consonância com a realidade de saúde de cada país (FRENK *et al*, 2010).

No Brasil, após consolidado o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a saúde passa a ser considerada direito universal, foram elaboradas diversas políticas públicas com o objetivo de efetivar o direito da população brasileira à saúde, dentre elas: a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção à Saúde. Essas políticas visam uma construção coletiva de processos de empoderamento de cidadãos, respeitando suas diferenças e considerando os mais diversos contextos e histórias de vida dos sujeitos. No entanto, o sucesso dessas políticas e a efetiva transformação das práticas médicas no Brasil dependem de reformulações nos processos de ensino-aprendizagem das escolas médicas (CHIARELLA *et al*, 2015).

Diante desse contexto, a implantação do SUS marcou o início de uma era de transformações nas escolas médicas. As novas demandas na organização da atenção à saúde trouxeram à tona, discussões a respeito da formação de recursos humanos no país. Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs Medicina), promulgadas em 2001 pelo Ministério da Educação, tornaram-se referencial para a reformulação dos currículos, adequação do perfil profissional à nova realidade e o direcionamento das políticas públicas de incentivo às mudanças curriculares nas escolas médicas (BRASIL, 2001).

Acompanhando esse avanço, o Ministério da Saúde, em ação conjunta com o Ministério da Educação, lançam o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (Promed). Com o lema “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”. O Promed iniciou em 2002, em 19 escolas médicas do Brasil, com o objetivo de apoiá-las financeiramente, implantando e consolidando reformas curriculares, enfatizando dimensões relacionadas às necessidades da sociedade e do setor saúde, em consonância com as diretrizes curriculares nacionais sob três eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica (BRASIL, 2002).

Como parte desse contexto de mudanças, observa-se o movimento da Atenção Primária em Saúde (APS), estimulado por organismos internacionais e acolhido pela expansão e consolidação de sistemas universais de saúde. Nessa conjuntura, muitos países ampliaram a cobertura e oferta de serviços nos níveis básicos de assistência, em sistemas públicos de saúde, gerando um aumento na demanda de cursos de graduação capazes de formar profissionais aptos para atuar na APS em regiões desassistidas, respeitando a diversidade cultural da população (WHO, 2008; ALMEIDA FILHO *et al*, 2015).

Tendo em vista a realidade brasileira, caracterizada por uma sociedade marcada pela desigualdade e exclusão, as contradições geradas pelo SUS entram em conflito com o modelo tradicional de formação médica predominante no país. Segundo Paim *et al* (2011), a consolidação e a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), principal estratégia da APS no Brasil, requerem novas opções curriculares e pedagógicas, tendo em vista que muitos dos problemas enfrentados pelo sistema público de assistência à saúde estão sendo vistos como consequência de uma formação inadequada. Esse modelo de formação profissional ainda é hospitalocêntrico, com foco em técnicas e práticas não preventivas e orientadas para tratamentos de alta complexidade. Apesar das mudanças curriculares que vêm sendo implementadas, o modelo em questão, além de evidenciar o distanciamento das estratégias de ações preventivas e de educação em saúde, reforça o ensino fragmentado em especialidades, formando um profissional com dificuldades em lidar com o cotidiano das comunidades (SOUSA *et al*, 2015).

Para exercer uma prática médica em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, foram instituídas em 2014 as novas DCNs Medicina. A Comissão da Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE) analisou as DCNs Medicina de 2001, reconheceu o avanço trazido por elas, mas concluíram que as mesmas deveriam ser reestruturadas para que pudessem acompanhar as mudanças na área da saúde, os novos desafios da sociedade contemporânea, incorporando uma visão mais aprofundada dos problemas sociais do país, contemplando adequadamente a atenção básica e valorizando a formação voltada para o SUS, como importante alternativa de trabalho do profissional da Medicina (BRASIL, 2014).

A partir de então, as instituições de ensino superior vêm atendendo às orientações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (BRASIL, 2014). Estas estabelecem que a estrutura do curso deve incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo nos alunos atitudes e valores orientados para a cidadania, preconizando a formação de médico generalista capaz de assistir à população de forma integral e resolutiva,

em todos os níveis de complexidade da atenção em saúde, com ações de promoção e recuperação de saúde, prevenção das doenças e atividades de educação em saúde (SOUSA *et al*, 2015).

Nas circunstâncias atuais do Brasil, em termos de formação, observa-se uma grande quantidade de profissionais de saúde recém-graduados, inaptos a oferecer atendimento com integralidade e qualidade, em conformidade com os princípios do SUS. O modelo de educação médica predominante forma profissionais técnicos competentes, porém, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde e com os valores da vida em sociedade (PAIM *et al*, 2011). Muitas das atitudes que vão compor a prática médica são adquiridas durante o curso de graduação. Daí a necessidade de desenvolver nos futuros profissionais, atitudes coerentes com os valores éticos, reforçando o compromisso com a transformação social (SOUSA-MUÑOZ, 2011).

Não há uma definição concreta para o médico “modelo”. No entanto, existe um consenso de que a formação médica necessita de um novo paradigma. Para formar médicos capazes de atuar no sistema público de saúde, a formação precisa ser capaz de incorporar o conhecimento científico, a plena capacidade técnica e a contínua atualização científica e tecnológica ao compromisso social, reforçado por conceitos ampliados de ética, vocação e cidadania, promovendo uma aproximação entre as pessoas e uma consequente relação médico-paciente mais solidária, humana e de qualidade (AYRES *et al*, 2013).

A formação em saúde precisa englobar aspectos bio-psico-sociais, e repensar essa formação é acima de tudo urgente.

É imperioso rever de modo crítico e propositivo a questão da formação superior em saúde no Brasil, numa tripla perspectiva: enfoque planetário, a fim de promover no ensino médico uma compreensão do mundo como sistema complexo interconectado, onde todos são corresponsáveis pelo futuro do planeta, pela preservação do ambiente e pelos valores da vida social com solidariedade e equidade; perspectiva científica transdisciplinar, o que implica formação integrada do conhecimento dos processos bioecológicos, da clínica, do prognóstico e das intervenções, tanto quanto nos aspectos que envolvem as redes de determinações ambientais, culturais, subjetivas e sociais das enfermidades e dos modos de vida dos sujeitos que sofrem; e, finalmente, uma vertente política e social, para explorar possibilidades de ação cidadã como forma de modificar o meio social e institucional onde vive e atua o profissional de saúde, bem como suas atitudes em relação às pessoas, aos ambientes, às culturas e às relações sociais. (ALMEIDA FILHO *et al*, 2015, p. 124).

Diante da conjuntura atual, Mariani; Pêgo-Fernandes (2013) defendem que as instituições de ensino superior, bem como os educadores médicos, devem buscar uma melhoria constante do ensino, readequando as matrizes curriculares de ciências básicas, tornando-as dinâmicas, eficientes e mais atraentes ao aluno, tendo em vista que essas ciências

básicas formam o alicerce para o conhecimento clínico e desenvolvimento de pesquisas. Sousa-Muñoz (2011) acrescenta que as reformulações nos cursos de graduação não devem se limitar à criação de módulos ou disciplinas específicas, mas sim, investir no conhecimento que pode ser desenvolvido de modo vivencial, valorizando assim a formação humanística do estudante da área de saúde.

A busca pela formação adequada do profissional médico implica o enfrentamento de desafios e a inversão de valores, destacando: o afastamento das práticas de ensino centradas no aluno e a aproximação das atividades de aprendizagem centradas no educando, e ainda, extinguindo a concepção de saúde como ausência de doença e passando a entendê-la como condição de vida (SOUSA *et al*, 2015). Esse modelo de formação se constitui como desafio, pois de acordo com Almeida Filho *et al* (2015, p. 124), “tal perspectiva demanda programas de formação baseados na comunidade, mediados por tecnologias e orientados por estratégias ativas de ensino-aprendizagem, focalizados na prática dos serviços de saúde, na gestão e na educação em saúde”.

Trata-se de modificar um contexto onde o aluno depende do professor para a aquisição de novos conhecimentos e mantém-se passivo na construção de seus saberes. Dessa forma, os currículos devem priorizar os processos de ensino e aprendizagem centrados no estudante, contribuindo para uma construção ativa do conhecimento (FERREIRA; TSUJI; TONHOM, 2015).

No entanto, essa concepção pedagógica requer docentes que tenham uma visão global da profissão e não apenas das exigências de suas especialidades. Diante de tantas mudanças no contexto saúde, atuar na educação de futuros médicos exige a revisão de conceitos e a incorporação do papel de mediador, o facilitador de um processo de ensinagem, que poderá provocar transformações na formação de futuros profissionais. Neste sentido, necessita-se de um corpo docente capacitado em um amplo conjunto de competências: métodos educacionais, avaliação, pesquisa, gestão de projetos e administração (SOUSA-MUÑOZ, 2011; MENEZES JUNIOR; BZREZINSKI, 2015).

## **2.2 O currículo no ensino médico**

As mudanças no contexto de saúde que impulsionaram novos caminhos para a formação médica incluíram também, reformulações curriculares que acompanhassem essa tendência. As mudanças nos currículos de Medicina estão vinculadas à viabilidade de produção de inovações e estão diretamente ligadas à concepção de sociedade que é

sustentada pelos indivíduos envolvidos nesse processo de mudança e à sua disponibilidade para o exercício da ação-reflexão-ação (SOUZA; ZEFERINO; ROS, 2011).

Para Reis, Souza e Bollela (2014) a visão de currículo deve ultrapassar a ideia de uma lista de atividades ou um conjunto de conteúdos. O currículo refere-se a todos os aspectos relevantes para um programa de ensino, incluindo resultados esperados, intenção do corpo docente e caminhos necessários para o alcance dos resultados esperados. Os mesmos autores ainda ressaltam alguns conceitos agregados ao currículo:

O currículo “declarado” é o currículo formal e que está impresso nos documentos da instituição. O currículo “ensinado” é o resultado da “leitura” que os professores fazem e aquilo que executam, a partir do que está determinado no currículo declarado, ou seja, é aquilo que é executado pelos professores, o que acontece efetivamente na prática. O currículo “oculto” é definido como tudo aquilo que os estudantes aprendem, mas que não faz parte das atividades previstas no currículo declarado, e apesar de não ser formalmente ensinado pelos professores do curso e/ou não estarem previstos na carga horária do curso, resulta em aprendizado para os estudantes. Finalmente, existe o conceito de currículo “aprendido”, que estaria relacionado a tudo aquilo que foi possível aos estudantes aprenderem, independentemente se nas atividades formais ou informais de aprendizado. (REIS; SOUZA; BOLLELA, 2014, p. 273).

Falar do currículo por si só já se configura como algo complexo, tendo em vista que a ação inicial de escolher o desenho curricular não é objetiva e exclusivamente racional. Essa escolha parte de uma construção social, política, acadêmica e profissional. É necessário que haja um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social, buscando a valorização das metodologias pedagógicas que favoreçam o processo ensino-aprendizagem. A formação de profissionais, os conhecimentos acadêmicos constantemente produzidos e os serviços ofertados pelas instituições formadoras estão inseridos em contexto de relevância social, onde essas instituições possuem uma responsabilidade frente à sociedade (GRANT, 2010).

Nesse contexto é necessário ainda repensar os conteúdos escolhidos como significativos para a prática profissional. As DCN orientam as escolas para inserir em seus currículos conteúdos essenciais, relacionados ao processo saúde-doença, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Estes conteúdos devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo, no processo saúde-doença (LAMPERT *et al*, 2009). Sendo assim, a definição dos conteúdos deve partir de uma ação conjunta entre sociedade, gestores e profissionais de saúde, docentes e estudantes.

Outro elemento importante se caracteriza pelas estratégias educacionais que o currículo vai utilizar, e para defini-las, os professores deverão considerar alguns princípios norteadores de práticas educacionais. As estratégias educacionais promovem muita discussão e controvérsia, dentre elas: o questionamento a respeito de um currículo integrado ou baseado em disciplinas, o objetivo de um *Problem Based Learning* (PBL) e a relação do currículo com a comunidade. Diante de tal fato, o modelo SPICES representa uma ferramenta útil para considerar essas estratégias. Esse modelo sugere uma continuidade entre os dois polos na organização das atividades curriculares, e que cada gestor do currículo pode transitar entre cada um dos polos (DENT; HARDEN, 2009). A figura 1 apresenta uma descrição das seis dimensões propostas.

Figura 1 - Descritivo das seis dimensões propostas no modelo SPICES

<i>Modelo SPICES * descritivo</i>		
<b>S</b>	<b>Centrado no estudante</b>	A responsabilidade pelo seu processo educacional deve ser do estudante. Esses estudantes vão estabelecer diferentes tempos para o seu estudo, a depender das suas necessidades.
<b>P</b>	<b>Baseado em problemas</b>	Tem sido uma abordagem sedutora na educação médica, pois oferece uma atrativa combinação de pragmatismo e idealismo. Pragmatismo no sentido de que a aprendizagem é vista como uma importante fonte de motivação e satisfação; o idealismo que está em consonância com as teorias atuais da educação.
<b>I</b>	<b>Integrado</b>	Em currículos plenamente integrados os estudantes teriam a visão da prática na perspectiva de outros profissionais.
<b>C</b>	<b>Baseado na comunidade</b>	Existem inúmeros e sólidos argumentos que suportam o planejamento de um currículo baseado mais na comunidade do que em hospitais. Muitos currículos já preveem atividades fora do hospital ou clínicas escola desde o primeiro ano do curso de graduação.
<b>E</b>	<b>Conduzido eletivamente</b>	Os programas eletivos estão bem estabelecidos nas escolas a sua importância tem aumentado na atividade educacional. Pode ser visto como um componente selecionado pelo estudante no currículo. Promove oportunidades para que o estudante escolha áreas de seu interesse e desenvolva habilidades em auto avaliação, avaliação crítica e manejo do tempo.
<b>S</b>	<b>Sistemático</b>	A complexidade crescente das práticas médicas especializadas e a necessidade de assegurar que todos os alunos tenham experiências de aprendizado comparáveis faz com que tenhamos de considerar uma oferta de aprendizado em ambientes simulados e não apenas na prática dos cenários reais, pois as vezes nem todos os estudantes terão a mesma oportunidade de aprender algo importante, se o currículo prevê apenas uma abordagem oportunística (se tiver oportunidade ele aprende).

\* S: student centered; P: problem based; I: integrated; C: community-based education; E: electives; S: systematic approach of learning.

Fonte: Reis; Souza; Bollela (2014)

Dentre os diversos elementos envolvidos nas discussões sobre currículo, chama-se atenção para o aspecto da integração, em se tratando de cursos de graduação da área de saúde. Observa-se que a realidade não se apresenta às pessoas de forma fragmentada, como supõe o



currículo baseado em disciplinas. Todos os problemas de saúde envolvem aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. São situações complexas que os futuros médicos irão se deparar durante sua atuação profissional. Sendo assim, diante de uma educação médica com o dever de preparar o aluno para a vida profissional, esta precisa ser capaz de integrar as disciplinas e fornecer o conjunto dos recursos cognitivos, afetivos e psicomotores necessários à solução de cada problema (SOUSA-MUÑOZ, 2011).

Para Iglésias e Bollela (2015), grande parte dos cursos de saúde estão organizados através de disciplinas ministradas de forma isolada, com predominância das ciências básicas nos primeiros anos do curso e das disciplinas clínicas a partir da metade do curso. Porém, nas últimas décadas têm-se observado uma tendência para a inserção dos alunos nos cenários de prática já no início do curso. Sendo assim, eles têm oportunidade de frequentar unidades básicas de saúde e acompanhar agentes comunitários e a equipe de saúde já nos primeiros anos da graduação. Concomitante a essa prática precoce, que integra ensino e comunidade, as disciplinas da parte inicial do curso estão sendo revistas, de modo a permitir que haja maior interação entre os professores das áreas clínicas e das áreas básicas. O objetivo é integrar o ensino aos serviços de saúde e aproximar professores das mais diversas áreas, tendo como ponto de convergência a necessidade de formação do profissional de saúde.

Um currículo que segue o modelo tradicional apresenta uma dificuldade de promover a comunicação entre várias disciplinas, além de favorecer o isolamento. Já um currículo modular integrado faz com que os módulos que o compõem possuam uma interligação e interação dos conteúdos, uma vez que o ensino é centrado no aluno. A constituição de uma grade curricular modular integrada é simples. No entanto, o maior desafio é efetivar a integração na prática (SOUZA; ZEFERINO; ROS, 2011).

Em se tratando da integração na prática, ressalta-se a importância dos docentes nesse processo, pois são eles que deverão levar adiante as propostas de reformulação curricular. Para que as propostas se realizem na prática, é necessário que os professores estejam comprometidos com a ideia de integrar, no entanto, esse compromisso só pode ser obtido por meio da formação crítica dos docentes em relação ao processo, ao curso, ao significado das transformações necessárias e às maneiras como podem ser efetivadas, caso contrário, não passarão de formulações discursivas. (LAMPERT *et al*, 2009).

Os mesmos autores ainda discutem que complementar a ação docente, está a falta de apoio das instituições de ensino à formação permanente de professores, que deve ser tratada como prioridade. A formação docente precisa ser planejada, considerando orçamento e garantia de tempo para realização das atividades, e avaliada, a fim de promover reflexão sobre

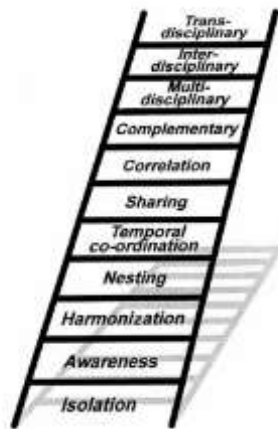
a prática executada, para isso, a formação docente não deverá persistir de forma prescritiva, centrada nas deficiências da prática e nas dificuldades manifestadas pelos professores, e se contentar em preencher as lacunas detectadas na ação docente, pois existe uma grande distância entre o que é prescrito e o que é viável nas condições efetivas de trabalho docente.

Retomando a discussão a respeito da integração do currículo, ressalta-se a existência de diferentes tipos de integração curricular (horizontal e vertical) e vários níveis para a integração possível entre as diversas disciplinas de um curso da área da saúde, saindo do isolamento até a transdisciplinaridade. Mais que a integração de temas e disciplinas na proposta curricular, o que realmente se espera é que o aprendizado e a integração aconteçam para cada um dos estudantes do curso (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Na integração horizontal, as disciplinas encontram-se organizadas em torno de conceitos ou temas, em determinados períodos de tempo do curso. Um exemplo clássico dessa integração é a organização das disciplinas por sistemas do corpo humano (BOLLELA *et al*, 2014b; BOLLELA *et al*, 2014c). Algumas instituições de ensino adotam essa integração horizontal tendo como elemento central os ciclos da vida, ou ainda, utilizam a *Problem Based Learning* e a aprendizagem baseada em casos (ABC) como eixo. Nesse modelo, o aprendizado acontece em torno dos casos clínicos que surgem da prática cotidiana (BORGES *et al*, 2014). No caso da integração vertical, as disciplinas são organizadas em grandes temas ou domínios que acontecem em todos os anos do curso (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Em se tratando dos níveis de integração possíveis de serem atingidos e considerando a complexidade inerente à integração curricular, Harden (2000), apoiando-se em trabalhos de Jacobs (1989), Fogarty (1991) e Drake (1993), sugere uma escada de integração, a qual apresenta onze níveis num “*continuum*” de dois extremos. A escada apresentada por Harden (2000) permite aferir o nível de integração ocorrido (Figura 2). O nível um é o nível mais baixo da integração curricular. À medida que se vai subindo na escada, há menos ênfase nas disciplinas, há a necessidade de maior participação e planejamento e a comunicação ganha maior importância.

Figura 2 - Escada de Integração de Harden



Fonte: HARDEN (2000)

De acordo com Harden (2000) os onze passos da escada são:

1. Isolamento: Sinônimo de fragmentação. Os professores organizam o ensino desconsiderando outras matérias, cada disciplina aparece de forma isolada e com sua própria perspectiva sobre o conteúdo curricular que lhe cabe ensinar. Cada assunto é visto como uma entidade em si e é bastante usual no ensino tradicional.
2. Conscientização: Sinônimo de consciência. O professor durante o planejamento suprime os objetivos repetidos e cobre alguma falha. Neste passo, no entanto, não há nenhuma tentativa explícita para ajudar o estudante a tomar uma visão integrada do sujeito.
3. Harmonização: Sinônimo de conexão ou consulta. Apesar das disciplinas continuarem separadas, existe nesse nível uma conexão explícita, que é previamente estabelecida pelos professores. Estes permanecem atentos ao que é ensinado por outros professores e usam essas informações para planejar suas atividades de ensino. A comunicação entre os professores pode ser formal ou informal. Esse é um nível que é facilmente alcançável, mesmo que não exista uma grande mudança na estrutura curricular do curso, mas depende dos professores envolvidos e de seu interesse.
4. Nidificação: Sinônimo de infusão. Conteúdos retirados de diferentes assuntos do currículo podem ser utilizados para enriquecer o ensino de uma matéria. As disciplinas individuais reconhecem objetivos curriculares amplos e comuns, utilizando porções do conteúdo de outras disciplinas do currículo, mas ainda assim as disciplinas continuam separadas.
5. Coordenação temporal: Sinônimo de ensino paralelo ou simultâneo. Cada disciplina é responsável pelo seu próprio planejamento. No entanto, a planificação é feita em conjunto

para que os assuntos e temas sejam trabalhados ao mesmo tempo, sendo assim, tópicos afins são ensinados concomitantemente, apesar de ainda estarem dentro de disciplinas separadas, facilitando que os estudantes façam, ainda que por conta própria, as conexões entre os assuntos.

6. **Partilha:** Sinônimo de ensino conjunto. As disciplinas planejam, implementam, executam e avaliam seus programas em conjunto. O planejamento tenta evitar o excesso de conceitos, priorizando conteúdos, habilidades e atitudes mais significantes e revendo a possibilidade de acrescentar novos conceitos.
7. **Correlação:** Sinônimo de programa concomitante. Neste nível são reunidas as áreas/temas comuns das disciplinas, e cada uma delas dá a sua contribuição para o mesmo problema. Nessa etapa são realizadas sessões plenárias integradas intercaladas com outras sessões. Nos cursos de medicina do Brasil, um exemplo dessa modalidade são as chamadas disciplinas integradoras, que usam situações clínicas ou cenários reais para discutir e ampliar a compreensão da prática profissional.
8. **Complementares:** Sinônimo de programa misto. Este nível é alcançado dentro de um programa já predominantemente integrado. As sessões integradas representam agora uma característica importante do currículo. Essas sessões são reconhecidas em termos de tempo, recursos e avaliação. O foco de ensino pode ser um tema ou um tópico para que as disciplinas possam dar sua contribuição para a formação. É discutido em várias sessões. A avaliação revela-se muito importante.
9. **Multidisciplinar:** Sinônimo de contributivo. Uma abordagem multidisciplinar reúne um número de áreas num único curso com temas, problemas, tópicos ou questões como o foco de aprendizagem dos alunos. Os problemas e as tarefas podem ser um foco para o ensino integrado. O tema de um programa multidisciplinar pode ter o conhecimento estruturado que precisa ser dominado, mas transcende as fronteiras disciplinares. A característica da integração multidisciplinar é que, independentemente da natureza do tema, ele é visto através da lente de temas ou de disciplinas. As disciplinas ainda preservam a sua identidade, bem como os procedimentos da disciplina. Ou seja, elas ainda são facilmente identificáveis no planejamento do curso. As contribuições de cada disciplina tornam-se visíveis através dos currículos e dos horários. No entanto, há a perda de alguma autonomia.
10. **Interdisciplinar:** Sinônimo de monolítico. As disciplinas desaparecem como entidades isoladas. A integração interdisciplinar envolve várias áreas disciplinares. O ensino interdisciplinar implica um maior nível de integração, com o conteúdo de todos ou a maioria dos sujeitos combinados num novo rumo. O que realmente importa é o tema (foco)

do estudo e do aprendizado. Os alunos buscam as informações pertinentes e necessárias em todas as áreas do conhecimento que se relacionam com o assunto estudado, simultaneamente, sem se preocupar em qual disciplina tais informações se encontram.

11. Transdisciplinar – Sinônimo de fusão. Neste nível transcendem-se as disciplinas individuais. O professor fornece a estrutura ou o quadro de aprendizagens, mas a integração é feita na mente do aluno com base nas situações reais. Na abordagem transdisciplinar parte-se da experiência do aluno, do mundo real através de objetivos mais amplos. O aluno é levado a definir para si tarefas que lhe permitam atingir os seus objetivos. Esta fase de integração tem sido caracterizada de “integração autêntica”.

### **2.3 Metodologias ativas e participativas na formação médica**

Complementando a discussão a respeito da integração curricular e tendo em vista que o currículo deve abordar os métodos de ensino a serem utilizados no curso/disciplina, entende-se que as metodologias de ensino nos cursos de graduação precisam ser revisadas, no sentido de colaborar com a formação de novos perfis de profissionais. As diversas estratégias de ensino utilizadas ao longo do curso apresentam particularidades que podem ser aproveitadas, para potencializar o aproveitamento nas diversas situações e cenários, facilitando a aprendizagem. A questão central está na aplicação de estratégias adequadas a cada situação de ensino, bem como o planejamento desta aplicação, o que exige um corpo docente capacitado (REIS; SOUZA; BOLLELA, 2014).

No ensino em saúde, as técnicas tradicionais ainda são vistas como único meio, ou pelo menos como meio primordial, de transmitir o conteúdo acadêmico. Não se trata de extinguir as metodologias tradicionais, mas para Sousa-Muñoz (2011), a técnica da aula expositiva, por exemplo, poderia ser mais proveitosa se o professor optasse pela posição de diálogo e observasse alguns procedimentos como: planejamento da sequência da aula, estímulo à atitude reflexiva, uso de exercícios rápidos, momentos de recapitulação de conteúdos já ministrados, uso de perguntas e situações-problema. A mesma autora também faz alusão ao ritmo de aprendizagem, que pode ser prejudicado no modelo tradicional, já que o currículo é um só para todos, embora cada pessoa tenha seu próprio estilo de aprendizagem. Portanto, impor um formato único a todos os alunos pode dificultar a aquisição de competências.

No contexto atual da formação de profissionais de saúde tem-se discutido muito os modelos de ensino, que embora muitos deles tenham sido levantados há décadas, é provável

que o momento atual tenha sido mais propício para que essas ideias se tornassem realidade. A atual conjuntura une a ausência de políticas militares ou ditaduras à constante globalização, onde a troca de conhecimentos e experiências é cada vez mais fácil e rápida. Dessa forma, observa-se hoje a necessidade de comunicação entre os conteúdos curriculares e a realidade vivenciada pelo educando, justificando a adoção de metodologias ativas nos cursos de graduação, de modo a favorecer a autonomia do educando (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

A utilização de metodologias ativas de ensino/aprendizagem centradas no aprendiz não se reduz à aquisição de novas tecnologias, mas sobretudo, transformar a relação professor/aluno, tendo a comunidade como centro do processo de ensino e aprendizagem. Sendo assim, as metodologias ativas representam a articulação entre teoria, técnica e arte, recriada incessantemente pelo professor, para promover no aluno o desejo e curiosidade de aprender, gerando um embasamento científico autônomo e emancipatório, motivado pela vontade de mudar situações e contextos, nos planos micro e macro das relações sociais (ANASTASIOU; ALVES, 2012).

Existem inúmeras possibilidades de Metodologias Ativas, dentre elas, destaca-se a problematização, estratégia de ensino/aprendizagem com o objetivo de alcançar e motivar o aluno que diante do problema, se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levar o aluno ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Aprender por meio da problematização e/ou da resolução de problemas de sua área, portanto, é uma das possibilidades de envolvimento ativo dos alunos em seu próprio processo de formação (MITRI *et al*, 2008).

Sendo assim, a Problematização diferencia-se de outras metodologias de mesmo fim, e consiste em problematizar a realidade, em virtude da peculiaridade processual que possui, ou seja, seus pontos de partida e de chegada; efetiva-se através da aplicação à realidade na qual se observou o problema, ao retornar posteriormente a esta mesma realidade, mas com novas informações. Essa experiência permite ao aluno encontrar soluções específicas para cada realidade, fortalecendo o entendimento de que o conhecimento é algo mutável (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Destaca-se também como metodologia ativa utilizada na área da saúde, o *Problem Based Learning*, que foi introduzido no Brasil em currículos de Medicina, e posteriormente experimentada por outros cursos. Esta alternativa destaca-se por constituir-se como o eixo

principal do aprendizado técnico-científico numa proposta curricular. Conforme Sakai e Lima (1996), ele se desenvolve com base na resolução de problemas propostos, com a finalidade de que o aluno estude e aprenda determinados conteúdos. Trata-se de uma metodologia formativa, à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento.

A concepção do PBL vem se destacando como proposta metodológica coerente com as mudanças nos currículos dos cursos de medicina no Brasil e no mundo. As discussões em torno do PBL já estão sendo realizadas há mais de 30 anos e durante este percurso, tal proposta vem sendo implementada, avaliada, criticada e defendida. A utilização dessa concepção pedagógica nos cursos de Medicina tem como referência as ideias originais de Barrows e Tamblyn (1980).

Os princípios norteadores do modelo de ensino ancorado no PBL ainda são atuais quando comparados com posicionamentos contemporâneos acerca da formação profissional.

A clínica é um momento rico para a construção de saberes e acaba por retomar esse modelo pedagógico de analisar a formação médica, regida por uma lógica que tenta romper com o acúmulo mecânico de informações propedêuticas antes da inserção dos futuros profissionais médicos em atividades da prática profissional. Segundo o autor, a formação ocorre por meio da resolução de problemas estruturados pelos professores para que os alunos, pouco a pouco, construam o conhecimento necessário à resolução de problemas reais no futuro. No modelo pedagógico norteado pela aprendizagem baseada em problemas, busca-se, principalmente, fornecer ao estudante condições de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais aplicáveis tanto para o cuidado dos pacientes, quanto para a manutenção da postura de estudar para aprender pelo resto da vida profissional. Nesse modelo, onde o foco do processo educativo é o estudante, estimula-se a capacidade de autoformação e autonomia fomentada pela busca ativa de informações. O estudante é estimulado a ser sujeito de sua aprendizagem, articulando seus conhecimentos prévios com os de outros estudantes do grupo, profissionais e professores, para a resolução de problemas selecionados para o estudo, visando ao desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação e do entendimento da necessidade de aprender ao longo da vida. (GOMES *et al*, 2009, p. 434).

Outra alternativa metodológica nesse conjunto de Metodologias Ativas é a Problematização com o Arco de Maguerz, que foi, apresentado inicialmente por Bordenave e Pereira (1982), possuindo cinco etapas: observação da realidade e definição de um problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Em síntese, essa metodologia possibilita colocar em prática uma pedagogia problematizadora, associada inegavelmente aos ensinamentos de Paulo Freire (BERBEL, 2011).

A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerz parte da observação da realidade a partir de vários ângulos, permitindo ao estudante ou pesquisador extrair e identificar os problemas existentes. Com o apoio do professor, os alunos selecionam uma das situações e a problematizam. Após a definição do problema a ser investigado, inicia-se uma

reflexão considerando os possíveis fatores e determinantes relacionados ao problema, possibilitando uma maior compreensão da complexidade do mesmo. A partir da reflexão se definem os pontos-chave do estudo, cuja investigação possibilitará uma nova reflexão sobre o mesmo. Dando continuidade, inicia-se a teorização, onde as possíveis respostas para o problema se fundamentam e são discutidas a fim de gerar hipóteses que possam trazer soluções. Nesta etapa, a criatividade e a originalidade devem ser bastante estimuladas para se pensar nas alternativas de solução. Por fim, a última etapa do arco é a da aplicação à realidade, onde as soluções encontradas devem promover transformações no sentido de resolver o problema inicialmente identificado (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Outra metodologia bastante utilizada é o *Team Based Learning* (TBL), que se constitui como um método de aprendizagem dinâmico, que proporciona um ambiente motivador e cooperativo, onde a turma de alunos é organizada em pequenos grupos heterogêneos que devem ser mantidos ao longo do curso. As sessões de TBL começam com uma avaliação rápida, respondida por cada aluno e em seguida, pelas equipes, sendo as respostas analisadas com todos os alunos em um momento posterior. Nas discussões em grupo há troca de experiências e conhecimentos até que se chegue a um consenso, e logo após esse consenso, as equipes se reúnem como uma classe e revelam, ao mesmo tempo, suas respostas. Os resultados das respostas individuais são comparados aos resultados dos grupos. (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015)

O TBL se caracteriza como uma potente ferramenta e pode substituir ou complementar um curso com predominância de aulas expositivas, ou mesmo vir combinado com outras metodologias. Como se trata de aprendizagem baseada no diálogo e na interação entre os alunos, a utilização desta metodologia contempla as habilidades de comunicação e trabalho colaborativo em equipes, bem como, permite a reflexão do aluno a respeito da prática, características necessárias para o futuro profissional da área da saúde. Outro aspecto importante desta metodologia é a pactuação entre professor e estudantes da utilização de um número maior de fontes de dados para avaliação. Neste caso, o professor poderá considerar o resultado do teste individual, em grupo e da avaliação interpares (BOLLELA *et al*, 2014a).

Nesse cenário de diversificação de metodologias de ensino, entende-se que os métodos a serem adotados sejam capazes de reconhecer o sujeito em sua totalidade, em sua dimensão individual, na esfera social e cultural, levando em conta sua identidade e as experiências já vivenciadas para que possa haver um aprendizado significativo. Para tanto, destacam-se também as metodologias participativas, que defendem o aprendizado a partir da interação dos sujeitos, seus sentimentos, atitudes, crenças, costumes e ações. Incluindo a subjetividade no



processo educativo, essas metodologias possibilitam a revisão de muitas condutas a partir da visão crítica da realidade cotidiana na qual os sujeitos estão inseridos. Falar em metodologias participativas é fazer referência aos métodos empregados no modelo de educação popular idealizado por Paulo Freire (WEITZMAN, 2008).

Em decorrência da ligação dessas metodologias com a prática profissional, acredita-se que elas facilitam o processo de aprendizagem, pois as pessoas, em sua realidade, vivenciam o cotidiano como experiência e não como conteúdos. É importante pensar em técnicas participativas que oportunizem as mais diversas formas de expressão, nas quais as pessoas possam se expressar e posteriormente refletir de maneira crítica sobre os problemas existentes na comunidade, sobre as relações pessoais, os conflitos e a possível mudança de práticas cotidianas (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015).

O aspecto educativo do uso das metodologias participativas inclui a construção conjunta de saberes e a ampliação do diálogo entre comunidade, estudantes e profissionais. Essas atitudes, além de produzirem um conhecimento sobre a realidade local e estímulo para condutas pró-ativas na comunidade, ajuda a superar o senso comum. As metodologias participativas podem oportunizar, de forma criteriosa, um melhor conhecimento sobre a relação da comunidade com o meio ambiente que os cercam (GONÇALVES; GONÇALVES, 2012).

#### **2.4 O papel da avaliação na formação médica**

Discutir uma formação médica coerente e embasada nas DCNs Medicina (BRASIL, 2014) vai além da reflexão a respeito de um currículo integrado e da adoção de metodologias ativas, fazendo-se necessário discutir um dos eixos mais importantes de qualquer processo de ensino-aprendizagem: a avaliação.

A avaliação dos estudantes nos cursos de graduação na área da saúde, ainda prima pelo estilo tradicional, as chamadas avaliações somativas, que possuem o intuito de avaliar se o aluno assimilou os conhecimentos necessários em determinado período. Este tipo de avaliação acontece em momentos pontuais, geralmente ao final de um módulo ou disciplina, tem caráter classificatório e certificativo, reforçando a ideia de que o bom aluno é aquele que atinge um melhor índice. A avaliação somativa desconsidera as diferentes condições de aprendizado dos alunos e valoriza o resultado final em detrimento da trajetória percorrida pelo aluno. Outra desvantagem, é que com esse tipo de avaliação não seria possível detectar e oferecer, em tempo adequado, soluções para corrigir eventuais dificuldades enfrentadas pelo

estudante. No entanto, a avaliação somativa também apresenta vantagens. Quando bem aplicada, tem uma excelente capacidade para avaliar aquisição de conhecimentos e habilidades, sendo uma das estratégias mais apropriadas e utilizadas para decidir sobre a progressão e/ou certificação dos alunos (BORGES *et al*, 2014).

Ao abordar um currículo baseado nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem torna-se necessário rever o tradicional sistema de avaliação, destacando-se a possibilidade de construir uma avaliação preferencialmente formativa, capaz de acompanhar constantemente os alunos, analisar a aprendizagem no decorrer do processo formativo, identificando ganhos e fragilidades. Enfim, tornando o estudante partícipe da própria avaliação. Sendo assim, no contexto das estratégias problematizadoras de ensino, a avaliação formativa ganha espaço, contribuindo, de forma efetiva, para o acompanhamento do progresso individual dos estudantes (GOMES *et al*, 2010).

Aprofundando acerca da avaliação formativa, esta pressupõe que o ato de avaliar não faz sentido por si só, e sim, que ele deve ser parte integrante de todo processo de ensino-aprendizagem. Por ser contínua, leva em consideração qualquer conhecimento produzido a partir da interação de docentes e discentes e entre os próprios alunos, para a verificação do grau de aprendizado e para eventuais ajustes durante o processo (BORGES *et al*, 2014).

A avaliação formativa apresenta como um dos seus principais componentes o *feedback*. Este é um grande regulador do processo de ensino-aprendizagem, informando ao aluno de forma contínua, sua situação em relação aos objetivos esperados. Essa característica de continuidade do *feedback* permite que os ajustes necessários sejam realizados precocemente, e não apenas quando o aluno falha em uma avaliação final (RUSHTON, 2005; FERNANDES, 2006). Para Norcini *et al* (2011) o *feedback* estimula a reflexão e a autoavaliação do aluno, ao receber o *feedback*, o estudante deve refletir sobre seu próprio desempenho e como incorporar as novas práticas sugeridas para melhorá-lo no futuro.

Diante dos esclarecimentos a respeito das avaliações somativa e formativa, percebe-se uma defesa mais enfática da avaliação formativa. Anastasiou; Alves (2005) e Lobo (2015) citam que a avaliação deve ser centrada no modelo formativo pela sua capacidade de detecção precoce de insuficiências e dificuldades, que leva o aluno a buscar novas oportunidades de aprendizagem para, eventualmente, suplementar e/ou corrigir esse aprendizado. Borges *et al* (2014) acrescentam que os métodos de avaliação formativa se projetam como estratégias mais abrangentes e menos pontuais, refletindo em profissionais mais autônomos e reflexivos.

Há ainda autores que defendem a utilização dos dois métodos de avaliação. Para Martins *et al* (2014) a utilização de metodologias ativas de aprendizagem implica na

utilização de uma avaliação formativa e somativa, e segundo Norcini *et al* (2011) o conceito mais aceito atualmente sobre boas práticas em termos de avaliação do estudante/residente é o da complementaridade entre as duas formas: somativa e formativa. Diante disso, utilizar as potencialidades de cada forma de avaliação parece constituir uma estratégia interessante para verificar aprendizagem em futuros profissionais de saúde.

Finalizando as discussões a respeito da avaliação ressalta-se que as críticas a respeito do processo avaliativo, nem sempre se referem ao tipo de avaliação, mas à forma como esta foi aplicada. Dentre os maiores problemas, pode-se destacar a ausência de conhecimento em relação à avaliação, a limitada formação didática do docente, currículo rígido e a falta de um referencial conceitual claro e objetivo, acerca das práticas de avaliação nos cursos de graduação na área da saúde (NORCINI *et al*, 2011). Ressalta-se ainda que avaliações equivocadas podem arruinar currículos que trabalham com metodologias ativas.

## **2.5 O curso de Medicina da UFPI – *Campus* Ministro Reis Velloso**

O Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí do *Campus* Ministro Reis Velloso, localizado na cidade de Parnaíba, foi implantado segundo princípios e critérios da Política de Expansão das Escolas Médicas no Brasil. Para a implantação e avaliação contínua do curso, tem-se usado um dispositivo fundamental, o Documento para Acompanhamento de Escolas de Medicina (DAEM) elaborado pela Comissão de Avaliação da Expansão das Escolas Médicas. Tal documento apresenta quatro dimensões, nas quais o curso é avaliado e monitorado por meio de indicadores que definem níveis de aproximação a uma determinada imagem objetivo e, dessa forma, possibilita indicar qual o estágio alcançado e o que é necessário fortalecer. As dimensões abordadas são: recursos financeiros e humanos, infraestrutura, projeto pedagógico, relação ensino/serviço. A observação das condições requeridas no documento para tais dimensões orientou o trabalho da Comissão de Implantação do Curso, que contou com a participação de dois docentes do campo da saúde não médicos, *fellows* do Programa *Faimer* Brasil, e foi responsável pela construção do Projeto Pedagógico do Curso.

Segundo o PPC, trata-se de um curso de bacharelado, com duração de 6 a 9 anos e uma carga horária de 7.650 horas, tendo como objetivo formar o médico generalista, crítico, reflexivo, responsável e socialmente comprometido com a cidadania, capaz de exercer a medicina com postura ética e humanística em relação ao paciente, à família e à comunidade,

respeitando o princípio de dignidade da pessoa humana, que valoriza o paciente em todos os seus aspectos (biológico, psíquico, social e espiritual) e respeita suas escolhas.

O Curso de Bacharelado em Medicina encontra-se organizado em quatro eixos: eixo I - denominado clínico: aluno/paciente; eixo II - institucional: academia/alunos/serviços; eixo III – social: comunidade/aluno/governo e eixo IV - pessoal: princípios pessoais/aluno/prática profissional. Esta organização oportuniza ao aluno a construção de saberes e a integração dos conteúdos, com base na conexão entre teoria e prática, entre ensino, pesquisa e extensão/assistência, possibilitando a interdisciplinaridade e a integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

A articulação desses eixos orientadores do Projeto Pedagógico do Curso busca dois sentidos de integralidade: horizontal, em que os conteúdos necessários para o desenvolvimento de competências requeridas vão se acumulando e aprofundando à medida que estas se tornam mais complexas no decorrer de toda a formação; integralidade vertical, em que os conteúdos discutidos e habilidades adquiridas discutem a viabilidade da competência esperada diante de problemas que fazem sentido para os envolvidos no processo – alunos, orientadores, tutores, preceptores e comunidades.

A integralidade horizontal deve estar presente nos quatro Módulos Sequenciais (Bases dos Processos Biológicos, Bases dos Processos de Agressão e Defesa, Bases dos Processos Psicossociais e Bases da Prática Médica), em que os conteúdos se articulam e evidenciam suas interfaces em temas relacionados ao processo de desenvolvimento integral do ser humano, a saúde como elemento inerente a este desenvolvimento e a prática médica como ação técnica e social voltada para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, grupos e comunidades. A integralidade vertical ocorre em dois módulos transversais (Bases da Atenção Primária em Saúde e Habilidades Médicas) que se entrecruzam.

Os conteúdos dos módulos, por sua vez, são integrados entre si de maneira dinâmica e articulados com o contexto no qual se encontram envolvidos alunos e professores nos estudos tutoriais. Os estudos tutoriais representam unidades integradoras, configurando-se como um módulo e constituindo espaços presentes do primeiro ao oitavo período, desenvolvidos com o propósito de provocar, acordar, vincular, sensibilizar e instigar os alunos, na busca de respostas às questões problematizadoras suscitadas no início de cada período do Curso. Seu conteúdo é construído de forma compartilhada entre alunos e professores que atuam como tutores, tendo por base as questões de cada módulo reconstruídas em temas de natureza interdisciplinar, possibilitando ao aluno o protagonismo na construção do conhecimento por

meio de consulta a diversas fontes de pesquisa (livros, periódicos, internet, e os conteúdos das outras áreas e campos de saber).

Outra atividade integradora é o Seminário de Introdução de Curso, que acontece no início do curso com o objetivo de acolher, informar e discutir o processo de formação, proporcionando um diálogo entre o aluno, a estrutura e os processos da Universidade. Complementando ainda o que se denomina de unidade integradora, têm-se a elaboração do TCC, que objetiva integrar as interfaces entre conteúdos disciplinares, teoria e prática e construir a síntese do conhecimento de cada aluno.

Desde o início do curso, sob supervisão, os alunos são inseridos em atividades práticas, tanto de laboratórios como em serviços de saúde e na comunidade, mantendo contato com pacientes e grupos. São oferecidas oportunidades de aprimoramento por meio de laboratórios de habilidades, estudos de problemas reais ou construídos nos grupos tutoriais e inserção na rede de atenção do Sistema Único de Saúde, desde a atenção primária à atenção hospitalar. A partir do oitavo período, os alunos são dedicados integralmente a atividades de aprimoramento da prática profissional, o internato, ou estágio supervisionado, que representa o momento de radicalização e de aprofundamento das práticas profissionais vivenciadas desde o início do curso, agora com grau maior de autonomia e capacidade de articulação dos diferentes arranjos tecnológicos do trabalho do médico, em diferentes contextos.

Na dimensão do PPC, dois elementos mostram-se fundamentais: a integração da matriz curricular que define o processo de formação por competências e a concepção de educação centrada no estudante, que requer o uso de metodologias ativas de ensino/aprendizagem.

Sendo assim, a abordagem metodológica preconizada compreende uma ação pedagógica ativa, centrada nos interesses do discente, na relação teoria e prática, na autonomia acadêmica, levando em consideração o processo reflexivo e problematizador de aprendizagem, além da competência para organizar informações, sistematizar hipóteses, testar e analisar possibilidades, acatando ou refutando caminhos de diagnóstico e intervenções. Os desafios para o docente estão centrados na proposta interdisciplinar; na construção de situações-problema, envolvendo a criatividade, autonomia, o contexto cultural, socioeconômico e político do grupo sob sua tutoria/preceptoria. A escolha metodológica recai sobre o *Problem Based Learning* (PBL) e sobre a Problematização proposta pela pedagogia crítica.

A integração do currículo se expressa em organizá-lo por competência profissional, frente ao desafio de formar profissionais que compreendam seu papel social, tenham

criticidade e compromisso consigo mesmos e com o outro, e na adoção do *Problem Based Learning* e na Problematização fundamentada na Pedagogia Crítica, como metodologias ativas, buscando a formação de profissionais reflexivos. Tal proposta suscita um processo avaliativo coerente com o currículo, uma vez que a avaliação compõe parte fundamental na construção do conhecimento do estudante.

A avaliação é uma atividade permanente e constituinte do processo de ensino-aprendizagem. Permite o acompanhamento desse processo, tornando visíveis avanços e dificuldades, para promover ações no sentido de redimensionar o ato educativo. Neste sentido, assume um caráter diagnosticador, formativo e somativo. Essas três formas de avaliação estão intimamente vinculadas para garantir a eficiência do sistema de avaliação e a eficácia do processo ensino-aprendizagem, eliminando assim o caráter excludente do processo avaliativo.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Quanto aos objetivos da pesquisa, trata-se de um estudo exploratório e descritivo. Para Gil (2010), as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. É descritivo, pois tem por objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, levantar opiniões, atitudes e crenças a respeito de um tema.

A respeito da abordagem, parte-se do propósito de afastar a visão dicotômica de separação entre pesquisa qualitativa e quantitativa e repensar essas abordagens como complementares, cada uma utilizando seus próprios métodos e técnicas.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2010), busca questões muito específicas e pormenorizadas, preocupando-se com um nível da realidade que não pode ser mensurado e quantificado. Atua com base em significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, e outras características subjetivas próprias do humano e do social, que correspondem às relações, processos ou fenômenos e não podem ser reduzidas a variáveis numéricas. Diferentemente da pesquisa qualitativa a pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002)

#### **3.2 Cenário da pesquisa**

O universo da pesquisa consistiu no Curso de Graduação em Medicina no *Campus* Ministro Reis Velloso, localizado na cidade de Parnaíba, litoral do Piauí. Este curso integra o Programa Mais Médico para o Brasil, do qual faz parte a Política de Expansão das Escolas Médicas ofertando cursos em áreas estratégicas. Organiza-se, portanto, de acordo com as recomendações legais contidas nas DCN - Medicina 2014, na Lei 12871/2013 e exige matriz curricular integrada, utilização de metodologias ativas e participativas e ensino centrado no estudante e na comunidade, orientado por um Projeto Pedagógico que contempla as inovações

preconizadas, mas que necessita ser apropriado e vivenciado por docentes, discentes, profissionais e comunidades.

### **3.3 Participantes do estudo**

O curso de medicina da UFPI possui quatro Módulos Sequenciais (Bases dos Processos Biológicos, Bases dos Processos de Agressão e Defesa, Bases dos Processos Psicossociais e Bases da Prática Médica) que se entrecruzam com dois Módulos Transversais (Bases da Atenção Primária em Saúde e Habilidades Médicas). Diante disso, optou-se por escolher para o estudo, dois Módulos Sequenciais e um Módulo Transversal.

Os Módulos Sequenciais escolhidos foram: Bases dos Processos de Agressão e Defesa (BPAD), por apresentarem, mediante os olhares dos professores do curso, uma melhor organização em relação aos elementos do currículo, e o módulo Bases dos Processos Psicossociais (BPPS), que apesar de ser formado por um número pequeno de professores, apresentava dificuldades de comunicação interna e externa. As ementas dos módulos selecionados estão em anexo (ANEXOS A e B)

O Módulo Transversal que participou do estudo foi o de Atenção Primária em Saúde (APS). A escolha se deu pelo fato de ser o módulo com o maior número de professores e mais heterogêneo quanto às áreas de formação dos docentes. Ementas em anexo (ANEXO C).

Após selecionados os módulos, definiu-se que os encontros com os professores seriam realizados com cada módulo individualmente e os professores integrantes foram convidados a participar da pesquisa, tendo livre arbítrio para fazer parte da amostra. Fizeram parte da amostra 14 professores, destes, 10 mulheres e 4 homens.

### **3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta**

Os encontros foram realizados no município de Parnaíba, no prédio da UFPI onde funciona o curso de Medicina. Iniciou-se o encontro com os professores de cada módulo conduzindo a parte quantitativa da pesquisa. Com o objetivo de traçar o perfil dos professores do curso de Medicina da UFPI/CMRV foram entregues questionários contemplando aspectos como: sexo, idade, área de formação e pós-graduação, titulação, tempo de formação e de experiência docente.

A parte qualitativa da pesquisa trata da avaliação do nível de integração de cada módulo. Para esta etapa coletou-se os dados através da realização de Círculos de Cultura.



Os CC, que de acordo com Freire (1971) são rodas de conversa em grupo no sentido de reconstruir e significar conceitos a partir do saber existente instituído em cada sujeito e no grupo, sendo conduzidos por um animador/facilitador, reconstruindo o universo vocabular dos sujeitos e elementos de significação, com o objetivo de responder perguntas problematizadoras, ressignificando a *práxis* dos professores.

A escolha dos CC surgiu do desejo de ressignificar a *práxis* dos professores e a integração entre os conceitos de cada módulo constituinte do Curso, tendo por pressuposto, que o simples somatório de conteúdos disciplinares não significa necessariamente a perspectiva integral de abordagem do fenômeno, mas que tal processo é pedagógico e depende da intencionalidade do grupo de romper os limites que cada professor traz de sua identidade disciplinar e produzir interfaces e fronteiras com o outro.

Os procedimentos dos CC incluíram a apresentação dos integrantes, o acolhimento, a discussão com base em perguntas problematizadoras e o encerramento com a síntese do conhecimento construído e avaliação do círculo de cultura.

Foram realizados quatro círculos de cultura, previamente agendados com os professores de cada módulo. O módulo BPAD participou de dois círculos de cultura, tendo em vista que após o primeiro CC sentiu-se a necessidade de contemplar aspectos adicionais referentes à integração entre os módulos. Já nos CC realizados com os módulos APS e BPPS todos os aspectos foram contemplados em um único momento.

Os CC foram orientados pelas seguintes perguntas problematizadoras:

1. Como vocês, professores com diferentes formações e vivências, se articulam para ensinar de forma integrada os conteúdos do seu módulo?
2. Que metodologias de ensino-aprendizagem vocês estão utilizando para promover um ensino integrado?
3. Como vocês estão avaliando a aprendizagem dos conteúdos do módulo?
4. Existe integração deste módulo com os demais módulos do curso? Se sim, como e quando acontece?
5. Quais as contribuições deste Círculo de Cultura para o processo de construção da integração deste módulo?

Os círculos de cultura não tiveram horário estabelecido para terminar e foram registrados por meio de gravações de áudio e observações significativas registradas no diário

de campo. Foi realizada a descrição e a organização dos resultados com transcrição das informações coletadas com registro de falas na íntegra, ordenadas mediante narração e discussão, seguindo a sequência dos círculos de cultura realizados.

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados coletados através do questionário, que se destinam a traçar o perfil dos docentes do curso de medicina, foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, onde se realizou a estatística descritiva com média, desvio padrão, valores máximos e mínimos para variáveis numéricas e valores percentuais para variáveis nominais.

A análise dos registros das falas dos participantes foi feita por meio da análise de conteúdo. Conforme Bardin (2011, p. 15) a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Trata-se de um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados, onde a função primordial é o desvendar crítico. Optou-se por essa técnica proposta por Bardin, porque é um instrumento que possibilita maior aproximação com a realidade vivenciada pelos sujeitos sociais.

Analisando a evolução histórica desta técnica, Bardin (2011) explica que inicialmente enfatizavam-se as diferenças na técnica de análise do conteúdo nas abordagens qualitativa e quantitativa. Nas pesquisas qualitativas, o referencial era a presença ou a ausência de características de um dado fragmento, já nos estudos quantitativos, o referencial era a frequência com que apareciam determinadas características do conteúdo. O que se percebe hoje, é que o critério de objetividade tornou-se menos rígido, possibilitando o uso combinatório entre estatística e análises clínicas.

A análise seguiu as recomendações de Bardin (2011) sendo realizada em três etapas.

A primeira delas foi a pré-análise, destinada à organização dos dados compondo o corpus da pesquisa. Nesta etapa escolheram-se documentos com base em algumas regras: (i) exaustividade, onde se esgota o assunto sem omissão de nenhuma parte; (ii) representatividade, preocupa-se com amostras que representem o universo; (iii) homogeneidade, onde considera-se que os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (iv) pertinência, é necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa; e (v) exclusividade, um

elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria. Esse contato inicial com os documentos, é chamado de “leitura flutuante” é a fase em que são elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa. Após a realização da “leitura flutuante”, a autora recomenda a escolha de um índice organizado em indicadores.

A segunda fase constituiu a exploração do material, momento em que os documentos foram codificados, transformados sistematicamente e agregados em unidades. O processo de codificação dos dados restringe-se a escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa. Tomou-se como unidades de registro, as falas dos participantes e a partir delas foram identificadas as palavras-chaves para realizar uma primeira categorização. Essas primeiras categorias foram agrupadas tematicamente, originando as categorias intermediárias e estas últimas também aglutinadas em função da ocorrência dos temas resultando nas categorias finais. Para Bardin (2011), a categoria é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos. Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns.

A terceira fase representa o tratamento dos resultados, buscou-se embasar as análises dando sentido à interpretação. Uma vez que, as interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados.

Para manter o anonimato dos professores, as falas registradas foram identificadas por pseudônimo, aqui representados por nomes populares de espécies de corujas brasileiras. Escolheu-se essa ave por ser símbolo da sabedoria e imagem que representa o professor. Para Cardenuto (2015) a coruja é um animal sábio que possui muitas habilidades admiráveis, possui olhos atentos e capazes de enxergar no escuro, ensina seu filhote a voar longe e os protege com toda sua força, características de um bom professor.

Utilizou-se como referência para a avaliação do nível de integração do currículo, a Escada da Integração de Harden (2000), que de acordo com o autor, pode ser usada para avaliação e planejamento do currículo médico. Nos primeiros quatro passos da escada, a ênfase é sobre os temas ou disciplinas. Subir os seis passos seguintes da escada significa acentuar a integração entre diversas disciplinas. No último passo, o aluno assume mais responsabilidade em relação à integração tendo em vista que recebeu ferramentas necessárias para a concretização (HARDEN, 2000).

A análise da integração curricular do curso de Medicina da UFPI – *Campus* Ministro Reis Velloso, parte qualitativa deste estudo, foi realizada em três etapas, de acordo com a

seguinte sequência: Na primeira etapa, cada módulo foi comentado individualmente e suas categorias de análise foram organizadas por blocos de acordo com as questões problematizadoras lançadas no círculo de cultura. Na segunda etapa, foram avaliados os níveis de integração de cada módulo, tomando como base os 11 degraus da escada proposta por Harden (HARDEN, 2000). Na última etapa, discutiram-se as contribuições do círculo de cultura para a integração de conteúdos em cada módulo.

### **3.6 Procedimentos éticos**

Esta pesquisa faz parte de um estudo base intitulado “O desenvolvimento docente no processo de implantação do curso de medicina em Parnaíba-PI”, submetido à plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI (ANEXO D), com o CAAE 46520415.7.0000.5214 e parecer nº 1.197.642, obedecendo aos princípios ético-legais norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Dando continuidade às considerações éticas, ressalta-se que foi entregue a cada professor um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constando dados e objetivos da pesquisa. Foi solicitada de cada participante a assinatura do documento em caso de aceite (APÊNDICE A).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização dos professores dos módulos Bases dos Processos de Agressão e Defesa, Atenção Primária em Saúde e Bases dos Processos Psicossociais

A etapa quantitativa da pesquisa se deteve a caracterizar os professores dos módulos BPAD, APS e BPPS. Fizeram parte da amostra 14 professores, destes, 10 mulheres e 4 homens, com a média de idade de  $34 \pm 6,6$  anos. A Tabela 1 se refere às características dos professores que fizeram parte da pesquisa.

Tabela 1. Caracterização dos professores dos módulos BPAD, APS e BPPS

<b>Características</b>	<b>%</b>
<b>Área de Formação</b>	
Medicina	23,1
Enfermagem	7,7
Pedagogia	7,7
Educação Física	7,7
Ciências Sociais	7,7
Psicologia	15,4
Biologia	15,4
Biomedicina	7,7
Medicina Veterinária	7,7
<b>Tempo de Formação</b>	
0-5 anos	15,4
6-10 anos	38,5
11-15 anos	23,1
16-20 anos	15,4
Mais de 20 anos	7,7
<b>Titulação</b>	
Especialista	15,4
Mestre	23,1
Doutor	61,5
<b>Tempo de Experiência docente</b>	
Menos de 1 ano	15,4
1-3 anos	15,4
4-6 anos	30,8
7-10 anos	23,1
Mais de 10 anos	15,4

Os professores são de áreas de formação diversas (médico, enfermeiro, pedagogo, professor de educação física, cientista social, psicólogo, biólogo, biomédico e médico veterinário) compondo um grupo bastante heterogêneo.

A perspectiva metodológica do curso de Medicina da UFPI, como proposto no PPC, requer professores com diferentes saberes, que evidenciam a complexidade da prática pedagógica, exigindo do docente mais que o domínio do conteúdo. Para Faria *et al* (2008), é essencial uma conexão entre: saberes da área lecionada, saberes da experiência profissional e saberes pedagógicos. Isto, conseqüentemente, traz conflitos, gera tensões, inquietações. E estas questões não devem ser desconsideradas ou naturalizadas, e sim superadas.

A maioria dos professores (38,5%) tinha de 6 a 10 anos de formado. Quanto à titulação, 61,5% eram doutores, 23,1% mestres e 15,4% especialistas, e em se tratando do tempo de experiência docente, maior parte deles (30,8%) exerciam a docência há um período de 4 a 6 anos. Diante disso, observa-se um corpo docente com titulação, no entanto, com pouca experiência docente.

Em se tratando da experiência do docente, e considerando que a formação dos professores participantes desta pesquisa foi predominante de cursos de bacharelado, os mesmos não tiveram uma formação pedagógica específica para tal atuação, configurando que eles necessitarão buscar novos conhecimentos e aprender com as experiências. Em estudo realizado por Costa (2013) professores de cursos de Medicina mencionaram que suas formações docentes foram a partir de “aquisição pela experiência”, “autodidatismo”, “improvisado”, “intuitivamente”, “errando e acertando” e “afinidade”. Desta forma, fica claro que a formação docente acontece como um processo proporcionado pela prática profissional.

Quanto à formação do docente médico, esta apresenta algumas etapas bem definidas: os recém-graduados que desejam se tornar professores, geralmente após a residência médica, realizam processos seletivos para inserção em um programa de pós-graduação no nível de mestrado e na sequência, doutorado. Apesar de estas etapas serem comuns, para Kassab *et al* (2013), este tipo de formação não garante a qualidade do docente. Ela está muito mais voltada ao aspecto técnico-científico, formando pesquisadores engajados muitas vezes em estudos sem relevância para a comunidade e que visam cada vez mais às publicações.

O que se percebe nas universidades é que o corpo docente é recrutado seguindo as exigências de titulação, o que supostamente os torna mais competentes na comunicação do conhecimento. No entanto, é necessário que o olhar recaia também sob as competências profissionais relacionadas à prática educativa, aspectos pedagógicos e perspectivas político-

social-comportamentais e coletivas do ser humano. (MACHADO; MACHADO; VIEIRA, 2011)

## **4.2 Integração curricular em módulos do curso de Medicina da UFPI – *Campus Ministro Reis Velloso***

### 4.2.1 Etapa 1: Análise individual dos módulos por blocos de categorias

Esta etapa visa analisar os elementos que compõem o processo de ensino aprendizagem (planejamento, execução das aulas e avaliação). As discussões foram sendo conduzidas no sentido de captar situações e condutas integradoras nesses três elementos do ensino, para posteriormente, na etapa dois desta análise, elencar um conjunto de características qualificáveis em níveis de integração.

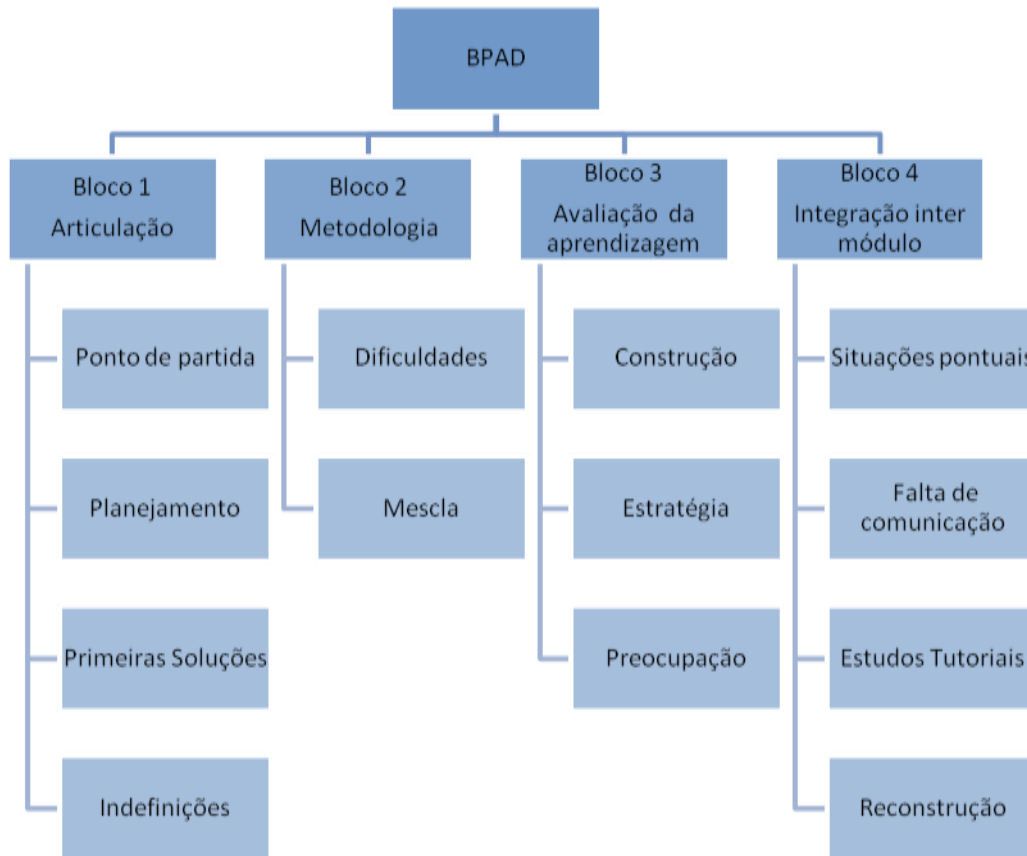
#### *4.2.1.1 Círculo de Cultura com o módulo Bases dos Processos de Agressão e Defesa*

Foram realizados dois círculos de cultura com o módulo BPAD. O primeiro círculo teve uma duração de 1 hora e 47 minutos e contou com a participação das cinco professoras do módulo, dois animadores e um observador. O segundo CC foi realizado também com as cinco professoras do módulo e um animador, durando 1 hora e 59 minutos. Com este grupo foram realizados dois círculos de cultura, tendo em vista que após a análise preliminar do primeiro círculo percebeu-se a necessidade de complementar os dados com aspectos relativos à integração curricular entre os módulos do curso. Acreditou-se que essas informações adicionais seriam necessárias para o enriquecimento do estudo e para uma melhor leitura da realidade do curso.

As professoras do módulo foram bastante receptivas à ideia do CC e as datas para os encontros foram facilmente acordadas entre os participantes. Durante o CC todas as docentes contribuíram de forma participativa e encararam o momento como uma experiência de aprendizado, compartilhamento e respeito mútuo.

A fala das professoras nos círculos de culturas conduziu para uma análise estruturada em quatro blocos, onde cada bloco faz referência a uma pergunta problematizadora lançada no círculo de cultura. A Figura 3 expressa os blocos e suas respectivas categorias de análise.

Figura 3 - Categorias de análise estruturadas por bloco no Círculo de Cultura com o módulo BPAD.



Após a rodada de apresentação foi lançada a seguinte questão: Como vocês, professores com diferentes formações e vivências, se articulam pra ensinar de forma integrada os conteúdos do módulo Bases dos Processos de Agressão e Defesa? As respostas dessa pergunta constituíram o bloco 1, denominado de articulação. Nesse momento foi possível perceber um movimento em torno da proposta do curso, constituída por situações até então desconhecidos pelas professoras, que para se adequarem à proposta precisariam discutir elementos inerentes ao currículo, à organização do módulo e às aulas.

A partir das falas surgiram as categorias de análise denominadas: “ponto de partida”, “planejamento”, “primeiras soluções” e “indefinições”.

Na categoria “ponto de partida” percebeu-se que o início foi difícil. A ideia de integração dos conteúdos dos módulos era algo novo, ainda não se sabia como chegar à essa integração.

Inicialmente foi meio complexo pra gente essa integração (Caburé).



O que se percebe é que a ideia de integração foi vista como um desafio e a partir daí, os professores perceberam que precisariam de ações que fizessem o PPC do curso tomar forma.

A gente percebe que começou tudo muito desintegrado tanto nosso módulo como os outros e agora já estamos pensando em como melhorar essa integração (Corujinha do mato).

É fundamental que professores, alunos e gestores compreendam os conceitos básicos sobre integração curricular. Só assim poderão contribuir efetivamente para um desfecho adequado, que qualifique a proposta curricular em desenvolvimento. (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015)

A categoria “planejamento” expõe o movimento das docentes. Elas se envolveram no processo, atuando como protagonistas, o que resultou em reuniões, que com o passar do tempo foram acontecendo de forma sistemática.

Nós fazemos reuniões semanalmente e procuramos fazer o planejamento sempre juntas (Caburé).

A gente está se reunindo semanalmente, agora tivemos alguns contratemplos, mas a gente está tentando manter essas reuniões (...) estamos discutindo justamente como integrar os conteúdos desse módulo (Corujinha do mato).

Nas reuniões a gente vê o que cada uma está fazendo em cada aula pra que essa integração aconteça (Jucurutu).

É possível perceber nas falas das docentes que o planejamento coletivo foi visto como peça fundamental para que a integração do módulo ganhasse vida. Para Iglésias e Bollela (2015), o planejamento coletivo é requisito mínimo essencial para um produto que seja representativo e possa ser seguido e respeitado pelos envolvidos.

Pra mim que estou entrando agora está sendo muito importante esses encontros e essas discussões da construção dessa proposta integrada onde as outras professoras que já vinham conduzindo as disciplinas já estavam fazendo essa integração por meio dos sistemas. Está sendo muito importante a gente vê que as professoras estão relacionando os conteúdos de cada uma delas pra promover a integração(...)então pra mim que estou chegando essa etapa de se reunir está sendo muito importante (Jucurutu).

O momento seguinte percebido no círculo de cultura gerou a categoria “primeiras soluções”, onde as professoras perceberam que precisavam reorganizar os conteúdos do módulo, modificando os períodos seguintes a partir das discussões de planejamento e da experiência com os primeiros alunos do curso.

No módulo de agressão e defesa I, que vai começar no próximo semestre, a gente refez o planejamento, a gente vem conversando bastante em como promover essa integração com os conteúdos de Genética e Biologia molecular porque percebemos que no primeiro e no segundo período as coisas ficaram meio soltas para os alunos e até mesmo pra gente (Corujinha do mato).

Mesmo tendo como ponto de partida a situação complexa e desintegrada no PPC o módulo se justifica pelas interações internas (biologia molecular, microbiologia, imunologia) e as interações com o meio interno (genética) e externo (farmacologia, parasitologia, patologia dos processos gerais e doenças infecciosas e parasitárias) do ser humano. As falas retratam a preocupação das professoras no aprendizado integrado dos conteúdos e para isso elas vão buscando soluções.

A partir de agora a nossa intenção era de começar falando sobre sistemas. Por exemplo, se a gente vai falar de pele não incluiria só a parte de parasitologia, tentaríamos integrar pra eles não pensarem nos conteúdos só de uma disciplina, mas em todas as disciplinas dentro daquele mesmo sistema (Caburé).

A iniciativa das docentes em organizar os conteúdos do módulo por sistemas representa uma integração horizontal. Cursos que apresentam essa conotação integram em torno de conceitos e temas. Para Bollela *et al* (2014b) e Bollela *et al* (2014c) é comum organizar as disciplinas tendo como eixo os sistemas do corpo humano, onde a partir de cada um deles os alunos aprendem as ciências básicas, como é o caso da anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia, imunologia, dentre outras.

Como o módulo está presente em cinco períodos do curso de medicina, a ideia de reorganização dos conteúdos visando à integração dos mesmos precisa ser pensada em todos os momentos, no sentido de superar a concepção disciplinar. Interessante observar que, na proposição, os docentes se posicionam como autores definindo uma lógica em que os conteúdos têm como base a Genética e a Biologia Molecular e a partir daí vão se inserindo os conteúdos dos processos de agressão e os conhecimentos de reação do organismo humano como a Parasitologia e a Microbiologia.

Então pensamos em fazer assim, pra ficar mais integrado, a gente ainda está conversando pra ver a melhor forma de dividir, mas a ideia é começar o módulo de agressão e defesa I com os conteúdos de Genética e Biologia molecular integradas e um pouquinho da microbiologia, que eles precisam pra poder entender as doenças, no módulo de agressão e defesa II os conteúdos de microbiologia e da parasitologia se integrando por sistemas. Nos módulos III e IV vamos abordar imunologia que é a defesa do corpo e a patologia (Corujinha do mato).

É possível perceber que o processo de (re)construção do módulo está em andamento e é suscetível de mudanças. O que fica claro é que elas acreditam que o caminho a ser percorrido precisa ser feito em conjunto e que cada passo representa um desafio.

A gente ainda vai precisar sentar pra conversar, porque a gente ainda não planejou bem essa integração, mas vamos fazer já o planejamento pra ver que conteúdos vão entrar no terceiro e no quarto módulo para tentar integrar isso aí, isso vai ser o próximo desafio (Corujinha do mato).

Uma característica inerente à busca de um currículo integrado é a flexibilidade, não só no planejamento e organização dos conteúdos, mas também entre os professores envolvidos na elaboração e execução da proposta. Apesar da flexibilidade, os resultados esperados do curso/disciplina devem estar claramente definidos, servindo de fio condutor para a organização e integração dos diferentes componentes do currículo. É importante ter clareza sobre temas, conteúdos e tópicos que se pretende integrar (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Dando continuidade, as falas convergem para mais uma categoria, denominada “indefinições”, mostrando que o processo se encontra inacabado e dependente de outros atores ainda não engajados na proposta e que mesmo diante das incertezas a ideia de construção coletiva da integração se mantém firme.

No módulo V a gente ainda não sabe como vai fazer essa integração porque os conteúdos de acordo com o PPC são relacionados à perícia médica, medicina legal, segurança do trabalho e nesse caso, a gente até pediu um professor dessas áreas e aí teremos que esperar esse professor chegar pra ver como vamos fazer essa integração (Corujinha do mato).

Acreditando na significação das falas a respeito da primeira etapa do círculo (articulação) partiu-se para o segundo bloco, denominado de metodologia. Nesse momento, surgiram discussões a respeito da dificuldade de utilizar novas formas de ensinar, bem como a disponibilidade de se adequarem à proposta de um curso de medicina diferente. Esse bloco foi norteado pela seguinte pergunta problematizadora: Que metodologias de ensino-aprendizagem vocês estão utilizando?

Os discursos conduziram para a formulação das seguintes categorias de análise: “dificuldades” e “mescla”

O início da discussão refere-se à categoria “dificuldades”, onde as professoras revelam a difícil tarefa de ministrar aulas usando metodologias sugeridas pelo PPC e amparadas nas DCN do curso de medicina.

A ideia era trabalhar PBL, mas a gente teve muita dificuldade. O pessoal do MEC veio aqui e a princípio eles queriam que a gente tentasse ao máximo usar, já que os

módulos iriam começar, eles fizeram de tudo pra que a gente pudesse tentar começar da melhor forma possível. Então, a gente entendeu isso, essa proposta deles, como o nosso iria começar era mais fácil porque já iríamos implantar desde o início (...) a gente tentou explicar para o pessoal do MEC que ia ser muito complicado trabalhar com PBL e aí depois de muita conversa eles vieram com a ideia do TBL que ai talvez desse pra gente trabalhar (Corujinha do mato).

A recomendação para utilização de metodologias ativas fez parte das dificuldades e houve a tentativa de adaptação quanto a um método em específico. Em conjunto elas optaram por utilizar o TBL, por acreditarem ser mais adequado à realidade do módulo. Leon e Onófrío (2015) reiteram que diversas estratégias de ensino vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos. No entanto, as modificações no currículo devem considerar o meio em que a instituição de ensino está inserida, as características dos alunos, bem como a disposição dos docentes em reavaliar seu método de ensino e até mesmo usar novos métodos.

Complementar à escolha da metodologia, as docentes defendem a ideia de que não devem explorar um único método, surgindo nos discursos mais uma categoria de análise, a “mescla”, presente nas falas abaixo:

Então, a gente está mesclando desde o período passado. A gente não trabalha com TBL em todas as aulas, a gente tem aula expositiva, tem aula prática no laboratório, tem aula que é caso clínico. Então, a gente está tentando mesclar e eles estão gostando. Eles falam que têm aprendido bastante com o TBL (...) por exemplo, nesse período agora a gente vai ter ao todo seis sessões de TBL (Corujinha do mato).

Nas minhas aulas práticas eu faço caso clínico e eles precisam desvendar qual é a doença. Eu levo um manequim e faço as lesões no corpo dele, distribuo os casos clínicos e eles vão tentar investigar qual é a doença (Caburé).

Combinar estratégias pode representar uma opção motivadora para os alunos, tendo em vista que os problemas reais são complexos e nem sempre um único tipo de metodologia fornecerá todas as ferramentas para resolvê-los. Sendo assim, apostar na diversificação dos métodos pode ser mais exitoso do que se restringir a um único tipo.

No decorrer da discussão foi mencionado como o TBL era aplicado:

A gente passa o conteúdo em uma aula previa. Eles vêm pra aula já tendo estudado e a gente faz um pré teste pra identificar o que realmente o aluno já sabe sobre o assunto e depois, como é aprendizado baseado em equipes eles se reúnem e tentam resolver a mesma prova que eles resolveram individualmente. Aí a gente faz a discussão em cima das questões, só das questões. Se caso algum objetivo de aprendizagem não for contemplado, a gente dá uma aulinha básica de alguns pontos sobre o assunto. No meu caso eu nunca precisei dar aula de conteúdo, ele já atingiram todos os pontos (Coruja da crista).

Após perceber as tentativas de integração do currículo nos dois primeiros blocos (articulação e metodologia), iniciou-se o terceiro, o da avaliação. Nesse ponto, percebe-se que

a integração passa pelo planejamento e pelo ensino, chegando à avaliação da aprendizagem. Para esse momento, foi lançada pergunta problematizadora: Como vocês estão avaliando a aprendizagem dos conteúdos referentes ao módulo?

As falas geraram as seguintes categorias: “construção”, “estratégia” e “preocupação”.

A categoria da “construção” se refere aos passos seguidos para a realização de uma avaliação de aprendizagem mais integrada.

Antes fazíamos assim, no dia da prova escrita eles recebiam três provas, uma de cada área, uma de genética, uma de micro e uma de parasito e agora, nesse período, pela primeira vez a gente fez uma prova única (...) primeiro a gente organizou de acordo com a quantidade de aulas, por exemplo se naquele período eles tinham tido mais aulas de genética, então tinham mais questão de genética. Tentamos dividir de uma maneira mais próxima (...) aí a gente acabou pensando em outras opções, como uma questão que fiz, onde tentei integrar conteúdos de mais disciplinas. A gente começou a pensar na verdade, em questões onde a gente pudesse articular os conteúdos pra não ficar tão artificial já, que quando eles forem atender os pacientes eles vão ver casos, que pra eles interpretarem eles precisam da integração dos conteúdos (Corujinha do mato).

A avaliação integrada saiu de uma percepção de união, onde uma prova teria questões de diversos conteúdos, mas ainda com um arcabouço fragmentado, para a construção de um modelo mais próximo da realidade, onde os conhecimentos se cruzam de uma maneira natural.

Aí, depois a gente pensou que talvez pra facilitar o trabalho. A gente já prepara questões logo depois da aula que a gente ministrou e aí a gente marca um dia com todo mundo pra fazer a prova. Ai, gente já vem trazendo questões de acordo com conteúdo já pra ver se dá pra adaptar, aí fomos colocando na ordem e depois mandou para todo mundo do grupo para corrigir (...) a gente tentou mascarar as questões pra eles não saberem de que disciplina se referia cada questão (Corujinha do mato).

A intenção de mascarar as questões mostra que existem momentos em que os conteúdo se misturam e ao mesmo tempo se complementam, configurando uma situação prática de integração. Ao se optar por espaços de construção do conhecimento com características integradoras, a avaliação formativa se torna uma exigência. Neste caso, percebe-se que as professoras, apesar de utilizarem um arcabouço de uma avaliação tradicional, seguiram elementos de uma avaliação formativa. Ressalta-se que a avaliação formativa envolve a participação ativa dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem, no sentido de que aprendem a identificar e revelar o que sabem e o que ainda não sabem, fazendo-os refletir sobre sua aprendizagem (ALBUQUERQUE *et al*, 2010).

Percebeu-se ainda, uma categoria denominada de “estratégia”, que culminou na organização de formas de avaliação que contemplassem as diferentes metodologias utilizadas durante o módulo, traduzindo-as em um valor numérico, a nota.

a primeira nota deles no SIGAA é a média entre a prova escrita e três sessões de TBL, a mesma coisa vai ser na segunda nota deles, metade da nota são as outras três sessões de TBL e a outra metade é a avaliação escrita (Corujinha do mato).

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem primam pelas avaliações formativas, que estimulam a autorregulação do estudante e, conseqüentemente, o desenvolvimento de habilidades para a educação permanente em saúde. Elas devem fazer parte do currículo de qualquer programa educacional para formar profissionais na área da saúde (BORGES *et al*, 2014).

Avançado o degrau da realização de uma avaliação integrada, surge mais uma categoria, identificada com a expressão “preocupação”.

Nós estamos um pouco preocupadas porque talvez nessa prova eles não tenham ido tão bem (Caburé).

É verdade, eu percebi que as notas não iam ser lá essas coisas, mas também por outro lado, essa primeira nota vai ser a média com as três sessões de TBL e eles se deram muito bem no TBL (Corujinha do mato).

As falas remetem à inquietação das docentes em relação à nota, ao passo que sustentam a utilização de mais de uma forma de avaliação, o que pode contemplar os diferentes saberes adquiridos pelos alunos. Para Borges *et al* (2014) os métodos de avaliação formativa, como é o caso da avaliação do TBL, contribuem para a formação de profissionais mais autônomos e reflexivos e se configuram como estratégias mais abrangentes e menos pontuais, que os tradicionais métodos somativos de avaliação, representados nesse contexto pela prova tradicional.

Percebe-se também uma justificativa para a queda do desempenho, acompanhada de uma provável solução nas falas de Coruja de crista e Caburé.

Mas talvez não seja só a questão de nós professores não estarmos conseguindo passar o conteúdo. Eu acho que nesse momento os alunos, eles estão um pouco sobrecarregados com todos os conteúdos e não especificamente com a metodologia que a gente está utilizando (Coruja da crista).

Por isso que eu acho que se a gente se integrar mais talvez vai ficar melhor pra eles (Caburé).

Nesse ponto, ressalta-se a dificuldade ainda existente entre os alunos, de articular os conteúdos enquanto estudam. O processo de integração é gradativo e repleto de dificuldades para alunos e professores requerendo tempo e dedicação para ser internalizado.

O quarto e último bloco, denominado integração inter módulo, foi norteado pela seguinte pergunta: Como e quando esse módulo se integra com os demais módulos do curso?

Da análise emergiram as categorias: “situações pontuais”, “falta de comunicação”, “estudos tutoriais” e “reconstrução”. Em se tratando da integração entre os módulos o que se percebe são movimentos sutis em torno da proposta. As docentes conseguem vislumbrar ações de integração, porém, ainda desconexas, e acreditam que ações efetivas devem começar o quanto antes.

A categoria “situações pontuais” reflete que a integração inter módulo não se configura como algo rotineiro.

Nesse BPAD III agora, tem uma participação da APS na parte de metodologia científica que vai entrar no final. Nos seminários vai ter a participação de um professor da APS, aí a gente vai entrar com a parte de conteúdo da área da gente e ele avaliando os alunos, provavelmente mais a parte mais metodológica (Corujinha do mato).

Na parte de genética, por exemplo, a gente integra bem com o módulo de práticas médicas, mas é um conteúdo de farmacologia genética, aí a gente dá uma aula junto integrando a farmacologia e a genética (Corujinha-do-sul).

Quando a gente soube que a infecto no módulo de habilidades médicas tinha sido antecipada, em relação à parte da microbiologia, a gente marcou um dia, um encontro, para apresentar o que a gente já tinha dado naquele período, já que tinham muitas doenças afins. Foi basicamente só pra mostrar o que a gente deu e o enfoque, aí algumas doenças vão ter que permanecer dando um enfoque mais clínico, então com base no que a gente falou eles iam modificar (Corujinha do mato).

Complementando a ideia de que a integração inter módulo não faz parte do cotidiano do módulo BPAD, observou-se ainda, que muitos dos momentos pontuais que existiram não partiram de um planejamento, foram surgindo a partir das demandas do curso, em momentos de comunicação informal.

Eu falei com alguns professores que já tinham falado alguma coisa de patologia pra saber como foi a abordagem que eles fizeram e o que eles já tinham passado, pra eu dar seguimento (Jucurutu).

Com o módulo de Bases dos Processos Biológicos, na verdade foi só conversa, porque eu soube que um professor no primeiro semestre deles, já deu a parte de ácidos nucléicos, e aí eu falei com o professor do módulo que de repente não era necessário ministrar aquele assunto porque é um semestre que eu falo de ácidos nucléicos. A gente conversou, mas o professor em questão disse que é porque ele dava de forma resumida, mas de integração sobre isso não houve. Eu achei que seria interessante não falar dessa parte para não ficar repetitivo, mas não teve integração nesse sentido (Corujinha-do-sul).

Um professor veio saber que dia que eu vou ministrar tais conteúdos pra ele também fazer o link e integrar com o que ele pode dentro daquele conteúdo. Então isso acho que foi uma integração, por exemplo, eles estão vendo isso em tal módulo, então dá pra fazer o link com outro conteúdo, sem sobreposições, pra não ser repetitivo ou pra excluir que já foi dado (Jucurutu).

Tanto nos momentos pontuais, como nas conversas informais, percebe-se muito mais um esforço de não tornar o conteúdo repetitivo do que uma integração propriamente dita. Contudo, existe uma preocupação em integrar e entende-se que nem sempre essa preocupação avança para uma integração mais concreta, mas reflete uma tentativa por parte dos docentes.

Entende-se ainda, que o processo de integração está em construção e que talvez essas situações pontuais e os momentos informais sejam o primeiro passo para a integração. As atividades pontuais podem ser responsáveis por muitas ações, principalmente no caso de professores que nunca realizaram atividades em conjunto e que quando vivenciam um trabalho conciliado percebem as potencialidades. Sendo assim, eventos pontuais podem despertar pra uma conversa ou um planejamento mais elaborado.

Para Harden (2000), já existe um esforço em integrar quando os professores, ao planejarem seus programas, estão em alerta quanto ao que é ensinado por outros colegas e quando se comunicam de maneira formal ou informal. Essa consulta mútua encoraja os professores na adaptação de seus planejamentos, para que um cada um contribua com os objetivos gerais do currículo. Esse processo é bastante dependente do interesse dos docentes envolvidos.

A tentativa de justificar a deficiência da integração entre os módulos caracteriza a próxima categoria, “falta de comunicação”.

Eu acho que acontece uma falta de comunicação entre os módulos. Isso aí precisa ser mais trabalhado, pra não haver tanto, porque às vezes a gente está planejando mas não sabe direito como os outros módulos estão se planejando e também grande parte dos módulos deixa pra fazer o planejamento no final do semestre (...) Eu acho que tem que haver mais conversa durante o semestre que a gente está planejando, pra não bater as coisa. (Corujinha do mato).

Inclusive é uma coisa que eu deixo até como sugestão pro curso, pra que todos os módulos façam isso, se reúnam toda semana e também conversem entre os módulos. Por exemplo, a gente se reúne na terça, aí vamos supor que tem outro módulo que também se reúne na terça, de repente no finalzinho da reunião da gente é a hora da gente se encontrar, pra cada um saber o que o outro está planejando. Isso seria, acho que questão de organização (Corujinha do mato).

Um curso que exhibe uma proposta de matriz integrada necessita de organização e disponibilidade dos docentes para se reunirem. A comunicação se configura como um elemento essencial nesse processo. Diante desse contexto, Almeida Filho *et al* (2015) relatam que em propostas inovadoras não há espaço para um professor isolado. Elas demandam um



docente com postura dialógica e flexível, aberto à escuta de colegas e estudantes, e comprometidos com uma construção coletiva. Sendo assim, é necessário repensar a prática docente no ensino médico, como parte das mudanças necessárias à formação de um novo profissional de saúde, identificando a desvalorização do ensino, a falta de profissionalização docente, o individualismo e a resistência a mudanças.

Outro elemento que surge no contexto da integração entre os módulos e que é definido como categoria, são os “estudos tutoriais”. Estes, são módulos integradores presentes em oito períodos do curso, que de acordo com o PPC objetivam, além de articular os diferentes conteúdos discutidos nos módulos, integrar a teoria e a prática, pondo em relação distintas áreas do conhecimento, espaços e sujeitos como a universidade, serviços de saúde, trabalhadores e gestores, num processo de formação flexível e interdisciplinar, levando em conta os saberes, as necessidades individuais de aprendizagem e os problemas da realidade.

Os estudos tutoriais são bem mais amplos, são uma forma de integração geral, pois professores de diferentes módulos se reúnem e constroem os casos(...) Nos estudos tutoriais a gente vai contemplar outras questões que não seriam próprias de cada módulo (Coruja de crista).

A discussão a respeito dos estudos tutoriais levanta muitas críticas e as docentes expressam que estes devem ser repensados e reformulados, para que realmente possam atingir o objetivo definido no PPC.

Eu acho que quanto aos estudos tutoriais eles funcionam e os alunos gostam, mas refletem muito mais uma deficiência nossa em tentar integrar o conteúdo. O que eu estou querendo dizer é que a gente tem a deficiência de integrar módulos e a gente consegue corrigir essa deficiência através dos estudos tutoriais, e a gente se apega a isso, e aí a gente tem uma falsa visão de que os módulos estão integrados, e não estão. A gente está só por outra via. Tudo bem que ele integra os conteúdos que a gente está dando durante aquela semana, mas não é o ideal, e a gente não pode achar que porque está funcionando e os alunos estão gostando que deve ser assim, na verdade a gente tem que incorporar isso dentro dos módulo (Corujinha-do-sul).

Preparar problemas na correria, como tá acontecendo não é legal, porque por mais que se tente ter criatividade é diferente de você poder pensar e fazer as coisas com mais tranquilidade e conversa melhor (Corujinha do mato).

Na verdade, mesmo a gente montando os grupos, mesmo colocando um professor de cada módulo pra conseguir montar um problema com fundamento, não ocorre a integração (Jucurutu).

Machado; Machado; Vieira (2011) ressaltam que as inovações metodológicas podem sucumbir na ausência dos chamados “sujeitos epistêmicos” responsáveis pela boa condução e liderança dos processos de transformação dos cursos, ou pela resistência pessoal de professores às normativas do curso. Tais resistências de profissionais com perfil conservador é incompatível com a missão da docência em práticas inovadoras. Diante da formatação do

curso de Medicina da UFPI, para conseguir uma integração de fato, os docentes necessitam estar engajados na proposta e participar de forma ativa da condução das metodologias, a fim de garantir que os objetivos de aprendizagem sejam realmente alcançados.

A última categoria do bloco 4 foi intitulada “reconstrução” e representa uma preocupação das docentes com o processo de integração do curso. Elas avaliaram que a integração dentro do módulo já vem tomando forma, mas temem que seja necessário um novo arranjo para uma efetiva integração inter módulos e nesse caso elas defendem urgência de uma construção coletiva de integração.

A gente está trabalhando no planejamento desde o início do semestre, toda semana, aí vem a desconstrução. Chega no final do semestre, aí vai ter que mudar, vai ser para o bem comum? Vai mudar todo mundo? Se for para o bem comum e a gente achar que realmente vai valer a pena, a gente vai ficar triste porque a gente teve um trabalho pra fazer esse planejamento todinho, mas se for pro bem comum, ótimo, a gente muda (Corujinha do mato).

A gente está construindo integração dentro do módulo, mas a gente sabe que ainda não é o ideal, a gente sabe que para integrar os módulos a gente vai ter que apagar em algum momento, reprogramar, mas uma coisa é você apagar pra integrar mesmo, outra é você apagar pra consertar o outro módulo (...) não adianta, a gente vai ter que em algum momento apagar pra fazer uma construção coletiva e não a construção do módulo (Corujinha-do-sul).

Eu vou ser bem sincera em confessar que a minha vontade é que essa integração seja feita o mais breve possível, porque é um desgaste muito grande pra gente todo semestre ter que ficar mudando, entendeu? Isso aí se fosse pra fazer com todo mundo junto, uma mudança brusca pro bem, isso tem que começar a ser visto agora, a gente está no início do semestre e a gente já precisa pensar pro próximo semestre, já começar todo mundo diferente, entendeu? (...) se todo mundo fizesse o planejamento desde o início e esse caderno ficasse pronto no meio do semestre, antes de começar o semestre seguinte, daria pra fazer tudo tranquilamente, ter os planejamentos de forma mais integrada e até preparar problemas melhores nos estudos tutoriais (Corujinha do mato).

O ideal seria que essa articulação entre os módulos já estivesse acontecendo. A preocupação do grupo em ter que reprogramar seu módulo para ajustar o curso como um todo faz sentido e o quanto antes essa integração inter módulos for pensada e colocada em prática, melhor.

Entendendo que a integração dentro de cada módulo ainda se constitui como um processo em desenvolvimento, a integração entre os módulos do curso vai necessitar de um esforço adicional dos professores e uma disponibilidade para mudanças. Neste sentido, o curso precisa de professores identificados e comprometidos com o processo de transformação. Ressalta-se que para qualquer iniciativa de reformulação curricular, se faz necessário a participação e engajamento dos docentes no sentido de concretizar as implementações e

sustentar as mudanças. Professores resistentes e indiferentes às mudanças embargam qualquer esforço de reformulação curricular (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Percebeu-se nesse grupo, que a integração intra-módulo está acontecendo, mesmo que ainda se deparem com algumas dificuldades. No entanto, a inter módulo não vem avançando nos mesmos passos. O grupo deixa transparecer sua inquietação a respeito do processo de integração, bem como a disposição em colaborar para que este processo tome forma no curso como um todo.

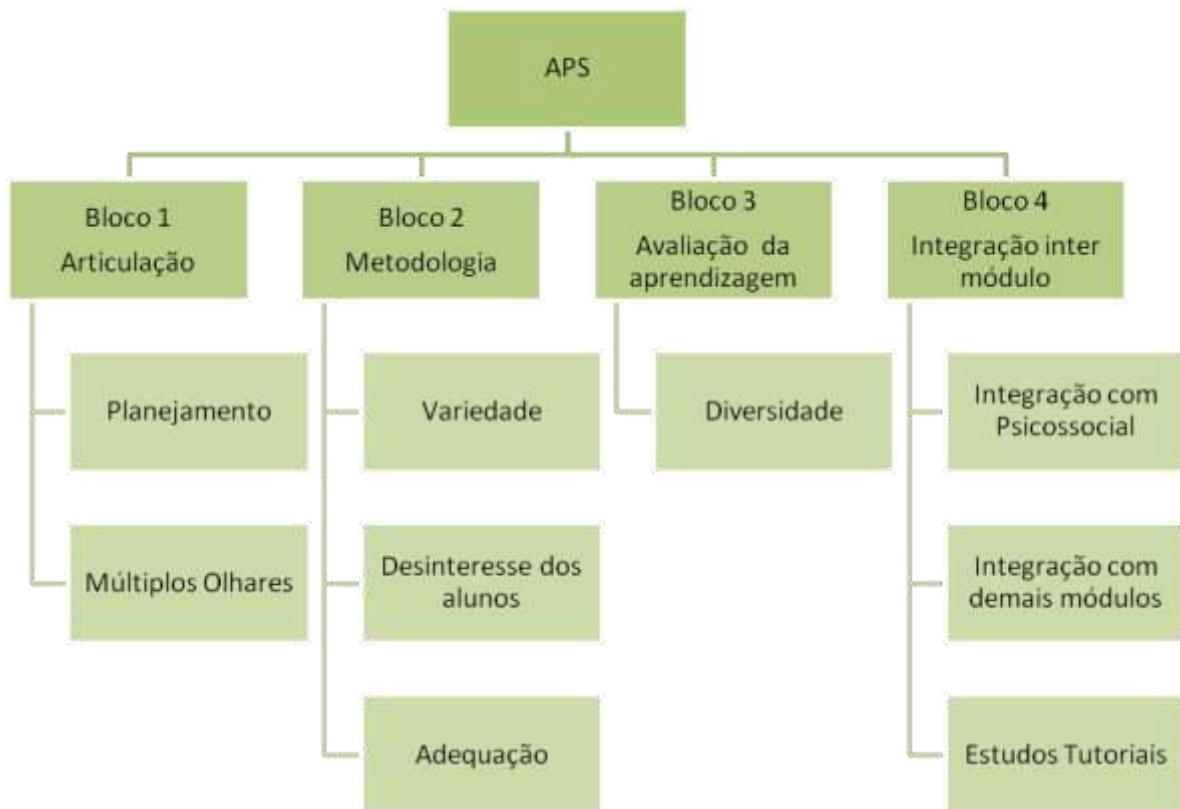
#### *4.2.1.2 Círculo de Cultura com o módulo Atenção Primária em Saúde*

O terceiro círculo de cultura foi realizado com os professores do módulo APS. A duração do encontro foi de 2 horas e 25 minutos e contou com a participação de oito professores (destes, três professores fazem parte também do módulo BPPS) e um animador.

O módulo da APS constitui o maior grupo de professores do curso, com formações diversificadas. O módulo conta com um total de 13 professores, mas nem todos puderam estar presentes na data estabelecida para o círculo. Durante a execução do círculo, os docentes se mostraram engajados na proposta e percebeu-se o anseio pela discussão, que foi conduzida de forma tranquila e respeitosa.

Assim como no módulo BPAD, a análise das falas dos participantes foi estruturada em quatro blocos, onde cada bloco faz referência a uma pergunta problematizadora lançada no círculo de cultura. A Figura 4 representa os blocos e suas respectivas categorias de análise.

Figura 4 - Categorias de análise estruturadas por bloco no Círculo de Cultura com o módulo APS.



O bloco 1, referente à articulação realizada pelos professores para ensinar de forma integrada, apresenta considerações a respeito das atividades de planejamento, das padronizações necessárias para o bom andamento do módulo, bem como aspectos relacionados às diferentes formações e condutas, típicas de um grupo heterogêneo. Surgiram como categorias: “planejamento” e “múltiplos olhares”.

Analisando a categoria “planejamento” percebe-se que eles partem da ideia de reorganização dos conteúdos do módulo e conseguem fazer uma avaliação crítica, acreditando que as adaptações realizadas foram positivas. No entanto, não configuram as práticas realizadas como uma integração propriamente dita, acreditando que ainda podem avançar em muitos aspectos.

A gente não construiu novas unidades para a APS, novos temas, a gente simplesmente organizou aquilo que já existia. A gente conseguiu olhar com clareza para as unidades temáticas de cada módulo da APS e reorganizar da melhor forma. E a gente tem tentado fazer os pormenores dessa reorganização nas reuniões quinzenais, agora tanto da APS, quanto da APS4 e aí por exemplo, a APS2 já mudou um pouquinho em relação à primeira turma, porque a gente manteve algumas coisas que foram positivas e conseguimos retirar outras coisas que não foram positivas (Caburé-miudinho).

Embora, acho que a gente tenha dado um passo importante, no sentido de fazer acontecer essas reuniões de planejamento mais integrado possível, ainda faltam elementos para que essa integração se dê na execução das práticas (Coruja-listrada).

A gente tá conseguindo fazer a cada quinze dias o planejamento, mas ainda não tá avaliando aquilo que a gente tá fazendo, refletindo sobre como a gente tá fazendo, pra ver se pode ser melhorado. A gente não tá conseguindo fazer isso abertamente para que a gente possa realmente chegar a um ponto comum. A gente não tá integrado aqui, falta algo, se sentir pertencente (Corujinha-orelhuda).

Planejar em conjunto é requisito mínimo essencial para uma aprendizagem representativa. Essa ação envolve, necessariamente, um exercício de ação consciente e orientada (da pessoa ou do grupo) sobre a realidade, com o objetivo de modificar, adaptar ou organizar uma dada situação. Assim, planejar implica adotar processos sistemáticos e criativos que não refletem apenas a tomada de decisões, mas também a conscientização dos envolvidos sobre o que essa ação pode possibilitar (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Os docentes buscam nesse planejamento, alicerces para a integração, considerando que cada dupla de professores acompanha um grupo diferente de alunos em diferentes territórios. Eles tentam minimizar essas diferenças com a padronização de instrumentos, porém isso reflete muito mais uma preocupação com as comparações feitas pelos alunos em relação aos docentes, as aulas e ao território, do que uma integração de fato.

A gente tenta construir instrumentos que todos usem pra tentar de certo modo integrar com os campos né, que eles possam fazer na prática mais ou menos a mesma coisa (Corujinha-relógio).

Quanto aos instrumentos, às vezes um professor propõe um modelo compatível com o grupo e as pessoas que tiverem sugestões propõem e a gente fecha num determinado momento um instrumento final. É mais pra que todos os alunos saibam o que é que eles vão fazer numa unidade de saúde, naquele dia quando forem pra uma aula prática, para que todos tenham pelo menos uma orientação do objetivo comum. O que vai acontecer em cada unidade de saúde, depende da particularidade de cada território, mas que eles tenham um objetivo e ali no roteiro a gente tenta pelo menos dar esse norte pra que eles sigam na atividade prática já sabendo o que vai fazer. No semestre anterior, algumas atividades não tinham um roteiro mais estruturado, então ficava com aquela sensação de que eles não sabiam o que fazer mesmo numa unidade de saúde. Com a estruturação dos roteiros parece que essa percepção melhorou (Coruja-listrada).

A padronização das atividades nunca vai ser possível, porque os territórios são diferentes, a visão da gente no território é diferente, então vamos ter singularidades (...) O importante é que embora elas aconteçam de forma diferente, que os alunos atinjam o mesmo objetivo, aquela ideia de que o importante são os fins, os alunos atingindo os objetivos e as competências (Coruja-buraqueira).

A segunda categoria que emerge nas discussões sobre articulação, reflete a característica heterogênea do grupo. Esta foi denominada “múltiplos olhares” e denota a

percepção dos professores a respeito do potencial produzido pela soma de suas singularidades, numa tentativa de integração, como atesta os relatos a seguir:

A gente pensou também nas duplas que vão pros campos, que sejam compostas por profissionais que sejam heterogêneos. Então, eu tenho uma formação mais de humanas e a outra professora mais na saúde, e aí eu acho que no campo por exemplo, a gente consegue integrar bem as coisas. Ela explora uns aspectos que eu jamais exploraria, jamais, porque não é da minha prática, do meu perfil profissional e que fazem parte do currículo de formação profissional do médico, e tem coisas que eu exploro e que também não são pontos vistos por ela. Então, a gente acaba misturando e se complementando no campo. Assim, eu não imaginava que essa composição fosse tão potente, no campo, a gente consegue se articular bem e entender as diferenças uma da outra e fazer disso uma outra ação (Corujinha-relógio).

A heterogeneidade do grupo é expressa em aspectos que vão além da formação, resulta em pontos positivos e negativos, representa uma fortaleza, mas é vista também como um obstáculo que perpetua a fragmentação. Como mostram as falas abaixo:

A gente percebe ainda algum descompasso né, a gente divide as aulas por afinidade nas reuniões de planejamento e a gente não vê os outros colegas, que não estavam incluídos naquela aula. A gente não tem um momento pra estar com todos (Corujinha-relógio).

Então nossas maiores dificuldades não são nossas diferenças, as nossas verdades e sim, nossos egos que estão muito além e eu não falo só dentro do módulo. Pelo contrário, acho que o próprio ambiente universitário (...) essa questão de diferenças de egos, não é da gente, é algo que a gente tem e que é da própria estrutura universitária, de curso, de pró-reitoria, de sistematizações, de sociedade, que faz com que os nossos egos, se tornem as nossas maiores dificuldades de integração, para além das nossas dificuldades de formação, de opinião, política (Caburé-miudinho).

Eu acho que a gente tem amadurecido muito, não tem comparação. Acho que a gente cresceu muito, mas a sensação que eu tenho é que enquanto uns estão se esforçando muito, se agarrando pra chegar lá na frente, outros eu não sei onde é que tão, outros eu não vejo, eu sinto falta, porque na hora que a gente cai, cai todo mundo e a pancada sobra pra todo mundo, mas é assim, não sinto alguns colegas (Corujinha-relógio).

No contexto das falas desta categoria, se faz necessário esclarecer diferenças entre a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade. A multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, cada uma colaborando com o seu saber para o estudo do elemento em questão, sem o estabelecimento de relações entre os representantes de cada área. Em suma, cada professor cooperará com o estudo dentro da sua própria ótica. Já a interdisciplinaridade remete à interação intencional entre duas ou mais disciplinas, para alcançar maior abrangência de conhecimento. Trata-se de um nível de associação entre disciplinas em que a colaboração provoca intercâmbios reais, isto é, existe verdadeira reciprocidade (ROQUETE *et al*, 2012).

Sendo assim, apesar do esforço do grupo em se configurar como uma equipe interdisciplinar observa-se que a dificuldade de integração dos professores, somada a discentes com uma visão ainda tradicional do médico, reflete nas condutas dos futuros profissionais durante as atividades práticas.

Nós professores somos uma equipe interdisciplinar e a gente não conseguiu demonstrar pra eles que o trabalho do médico, ele tem que ser interdisciplinar, essencialmente e principalmente quando você tá trabalhando com saúde da família, que esse trabalho é interdisciplinar e que a gente precisa trabalhar com eles a desconstrução dessa figura do médico fechado na instituição, que só faz o trabalho hospitalar, que ele só faz aquele trabalho minimamente curativo, prescritivo, que o nosso estudante em geral, não consegue ter a visão dessa riqueza de possibilidades de um profissional médico numa equipe de saúde (...) Acho que nós aqui podemos também trabalhar isso com eles (Coruja-listrada).

Acho que a gente precisa discutir sobre a atuação médica e mostrar que o que a gente tá tentando produzir, é uma atuação diferente. A gente precisa passar isso, a gente tem que discutir um pouco a interdisciplinaridade mesmo, porque a gente só fala, mas a gente não parou, pra dizer efetivamente o que é, como é que se constrói uma equipe, e eles estão esperando uma outra formação que não é essa que a gente está focando (Corujinha-relógio).

Para Silva *et al* (2012) um dos grandes obstáculos para o trabalho em equipe de saúde interdisciplinar é a valorização social diferenciada entre os trabalhos especializados, que direciona as relações de subordinação entre os diferentes segmentos de trabalho e respectivos agentes, como também as falhas no processo de trabalho, inadequação na organização e indefinições de papéis dos profissionais em ações, além da valorização do modelo biomédico, característica percebida nas atitudes dos discentes, mesmo engajados em um curso com uma proposta de formação médica diferenciada.

Seguindo a análise das falas, entram em questão as metodologias utilizadas para promover a integração do módulo, referentes ao bloco 2. Nessa discussão, emergiram como categorias: “variedade”, “desinteresse dos alunos” e “adequação”.

A utilização de metodologias ativas e participativas no ensino médico já possui embasamento científico consolidado, apesar de ainda não ser vivenciada na intensidade e qualidade pretendida. No caso dos professores da APS, percebe-se uma aceitação na utilização desses métodos, bem como uma ideia de que a utilização de vários métodos produz efeitos potencializados, o que pode ser percebido na categoria “variedade” exemplificada pelos discursos a seguir:

Acho que a APS é o módulo que mais aplica metodologias ativas, são várias técnicas (Mocho-dos-banhados).

Nesse módulo, acho que a gente usou muito portfólio, júri simulado (Caburé-acanelado).

A gente faz estudo de caso, faz rodas de conversa (Corujinha-relógio).

Mas o que tem sido feito muito é aula teórica (Coruja-listrada).

Acho que é um misto de metodologias ativas e participativas, usando o modelo tradicional e também problematização (Coruja-buraqueira).

Eu acho que a gente usa muito as metodologias ativas, mas eu acho que a gente precisa problematizar mais o que eles vivem no cotidiano, tentar aproximar a teoria da prática e vice-versa (Corujinha-relógio).

O termo Metodologia Ativa está apoiado em uma concepção educacional na qual o educando é estimulado a realizar processos construtivos de ação-reflexão-ação (FREIRE, 1996). O aluno deve possuir uma conduta ativa em relação ao conhecimento que está produzindo. Nesse caso, o ideal é que o conhecimento seja produzido a partir de situações práticas vivenciadas, e é justamente o que o módulo da APS deve oferecer. Utilizar essas metodologias, partindo de situações reais.

Ao passo em que utilizam as metodologias ativas e participativas, os docentes ressaltam que sair do modelo tradicional nem sempre é visto pelos alunos como uma experiência positiva. O comportamento deles nem sempre reflete a autonomia e a busca pelo conhecimento e essa postura do aluno revela a segunda categoria deste bloco, denominada “desinteresse dos alunos”.

Quando fui tratar da construção dos métodos, se eram quantitativos ou qualitativos, que eu postei no sistema, e vi respostas no geral sobre tipos de pesquisa, como avaliar. Quando foi na aula comecei a perceber que eles não sabiam nada sobre os conteúdos, então como usar metodologias ativas com os alunos se eles não lêem? Como eu faço isso? Impossível (Mocho-dos-banhados).

São os mesmos alunos que participam. Por exemplo, são os mesmos alunos que lideram as atividades de grupos, são os alunos mais autônomos que tomam a iniciativa, são os mesmos que comentam os estudos de casos, os mesmos que assistem os filmes, então esses protegem e os outros se protegem deles, e aí são sempre as mesmas pessoas que participam (Caburé-miudinho).

Os alunos já me perguntaram: professor quando vocês vão dosar essas técnicas ativas, eu não tenho mais vida? (Mocho-dos-banhados).

A gente na APS termina tachado de módulo da diversão, do oba-oba ou das férias, porque eu uso portfólio, porque eu uso estudo de caso, porque eu uso filme e aí fica o módulo do oba- oba (Caburé-miudinho).

Superar algumas convicções dos alunos a respeito das metodologias não é uma tarefa fácil. Nem sempre a interpretação do fenômeno da aprendizagem acontece da maneira que os professores planejaram. Em face disso, um caminho seguro para que essa atuação seja bem sucedida é utilizar práticas pedagógicas que contemplem a interdisciplinaridade de forma ampla e dinâmica, construtiva e objetiva, por meio de metodologias nas quais os discentes, a partir de determinado contexto, são levados a identificar problemas e a apontar soluções,



resultantes da reflexão crítica acerca dos casos apresentados (MENEZES JUNIOR; BZREZINSKI, 2015).

Reeve (2009) acrescenta que para motivar os alunos é necessário desafiá-los e a busca pelos desafios faz do discente protagonista de sua própria aprendizagem, pois os alunos autônomos apresentam resultados positivos para motivação, engajamento, desenvolvimento, aprendizagem, estado psicológico e, conseqüentemente, melhor desempenho em notas.

Fica claro, portanto, que o modelo de ensino tradicional, pautado na transmissão, no qual o aluno se limita a memorizar conteúdos ministrados, não possibilita, em geral, a formação de um egresso com o perfil almejado pelo Curso de Medicina da UFPI/CMRV, pois reduz as possibilidades de o mesmo construir ativamente seu conhecimento (FREIRE, 1999a). A ideia é fugir do modelo tradicional, onde o estudante é dependente do professor na aquisição de conhecimento, mantendo-se numa postura quase sempre passiva.

Diante dessa prerrogativa, mesmo enfrentando a desmotivação muitas vezes percebida no corpo discente, os professores do módulo acreditam na utilização dos métodos ativos e participativos, mas assumem que necessitam estar mais capacitados para utilizá-los. Esta capacitação inclui uma apropriação mais legítima dos métodos em questão, englobando tipos de métodos, formas de utilização e adequação à realidade de saúde da comunidade. Nessa perspectiva cria-se a categoria “adequação”.

Eu acho que a gente deve investir sim, nas metodologias ativas e participativas e eu acho que a gente precisa por exemplo se apropriar mais delas e falando meu caso em particular, eu não tenho tanta familiaridade com essas metodologias, com umas mais, outras menos, mas sinto que preciso estudar mais um pouquinho, e assim insistindo pra que a gente tenha um momento de formação nossa, para discutir algumas questões tanto de metodologias ativas, quanto de filosofia da pedagogia , métodos de ensino, como da atenção primária, ter esse momento que a gente possa se aperfeiçoar (Coruja-listrada).

Acredita-se estar clara a necessidade da adoção de práticas pedagógicas mais participativas, colaborativas, sociais e centradas no aluno, que possibilitem uma aproximação das Instituições de Ensino ao novo perfil do estudante. Em contrapartida, observa-se que docentes e universidades, não estão conseguindo se apropriar devidamente destes recursos e metodologias (LOPES; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

O planejamento dos cursos de graduação construídos a partir de um alicerce de integração curricular e utilização de metodologias ativas precisa incluir processos de desenvolvimento e capacitação dos docentes, por meio de cursos, oficinas e outros, objetivando a otimização da aprendizagem pelo aluno. O sucesso do processo formativo é resultado de uma adequação constante de processos de ensino, avaliação e do próprio

planejamento curricular e para isso, é necessário um corpo docente capacitado e atualizado (SOUSA-MUÑOZ, 2011).

Complementar às metodologias utilizadas, está a questão da avaliação, título do bloco 3 desta análise. Da mesma forma que os professores da APS diversificam seus métodos de ensino, eles diversificam a forma de avaliar, seguindo os princípios normativos da instituição de ensino. Apesar de acreditarem no efeito positivo dessa diversidade no momento da avaliação, também se deparam com problemas quanto à sua capacidade de verificar se os objetivos de aprendizagem foram atingidos. Entretanto, a grande questão que envolve o tema avaliação é que esta não reflete uma ação integrada intencional, apesar da presença de avaliações formativas a partir de métodos ativos e participativos. Neste bloco surge como categoria: “diversidade”

A própria universidade adota avaliação individual. A instituição obriga, então querendo ou não se nós não seguirmos os alunos poderão questionar. E como só podemos aplicar aquilo que está previsto na lei. Temos uma avaliação cognitiva. As outras avaliações são consequências favoráveis das técnicas ativas que estão sendo utilizada. (Murucututu).

A gente tem tentado fazer assim, a primeira nota é a avaliação escrita, até pra gente mesmo conhecer o nível dos alunos, o nível somativo e aí as outras avaliações são os relatórios, as apresentações orais, que em alguns momentos são em grupo e outros são individuais (Caburé-miudinho).

A gente tem alunos que já estão no segundo módulo, no terceiro módulo, e que têm péssimas avaliações individuais, mas aí quando junta a avaliação individual, com a nota da prova, mais o relatório, com as outras notas, eles tiram sete e aí ele vai passando, vai passando. E se fosse só a nota individualmente eles não atingiriam essas competências, essas habilidades que a gente tanto vislumbra, mas se a gente for fazendo um cálculo básico, a gente sabe que aquele aluno não atingiu as competências e habilidades, aí como tem várias formas de avaliação, e não que isso proteja o aluno, não tô falando isso, mas ele termina se protegendo dessas formas de avaliação (Caburé-miudinho).

Com relação à avaliação eu vou levantar um problema que eu acho que reflete um pouco a fragmentação nossa enquanto módulo, que são as diferentes concepções pedagógicas. Nós temos um grupo de professores que trabalha com uma pedagogia mais libertária e um grupo de pessoas que trabalha com outra concepção e isso tem causado um conflito com relação às avaliações, na forma como a gente decide, como a gente faz avaliação, como um grupo de professores avaliam o grupo que tá sendo acompanhado por outros professores, a forma como conduz até os processos mesmos de atividades que são desenvolvidas. Eu acho que esse é um ponto que a gente vai ter que explorar em algum momento entendeu? Porque tá começando a gerar um desconforto (Coruja-listrada).

A avaliação realizada pelos professores do módulo APS contempla características somativas e formativas. As avaliações somativas seguem uma linha mais tradicional, acontecem em momentos pontuais e formais e geralmente são estabelecidas no início do período letivo e define os alunos com base nas suas pontuações. No caso das avaliações

formativas, estas são realizadas durante os momentos de interação entre os professores e os alunos e podem partir de atividades que contemplem metodologias ativas e participativas. É dinâmica, e se configura como parte da estratégia de ensino-aprendizagem (BORGES *et al*, 2014).

O último bloco contemplado no CC se referiu à integração inter módulo, que faz referência à maneira como o módulo da APS se integra com os outros módulos do curso. Nessa perspectiva, os relatos dos docentes convergiram para três categorias: “integração com Psicossocial”, “integração com demais módulos” e “estudos tutoriais”.

Tendo em vista que três professores do módulo Bases dos Processos Psicossociais colaboram cotidianamente com a APS, era de se esperar que esses módulos conseguissem se integrar de uma maneira mais natural, sendo assim, a primeira categoria, “integração com Psicossocial” relata essa relação.

Com o psicossocial, que é um módulo que tem em comum três professores, há uma aproximação que a gente consegue fazer. É tanto, que às vezes usamos uma ferramenta tanto em um como no outro, como por exemplo, o diário de campo. Então, como a gente é do módulo de Psicossocial e APS, a gente tem uma aproximação em termos de instrumentalização, em termos de diálogo e na própria aula (Corujinha-orelhuda).

Eu acho que é sinal que está funcionando, está funcionando na nossa intenção de integrar (...) agora assim, não estamos conseguindo explicar para todos os professores do módulo de APS em que momento a gente tá integrando com o psicossocial. Se pudesse fazer isso seria bom, para que essa integração fique mais intencional, mais clara (Corujinha-relógio).

A segunda categoria, “integração com demais módulos” reflete o interesse dos professores em integrar com os outros módulos do curso. Os discursos demonstram que os docentes vislumbram inúmeras possibilidades de integração, até porque a APS é um módulo transversal, e busca, de acordo com o PPC, articular os conteúdos apreendidos com as expressões práticas nas Redes de Atenção. No entanto, essa integração não acontece, nem em nível de planejamento, tampouco em nível de execução.

Desejo muito que aconteça da APS com os demais, mas vai do compromisso dos professores de pensar essas atividades. A gente vê, quando a gente vai para o território, você percebe que há muito potencial de integrar com habilidades médicas, com agressão e defesa, só que a gente ainda não está fazendo, mas que existe, existe, o campo permite esse olhar, esses múltiplos olhares. A APS tem como seu eixo realmente de mediação com esses outros módulos, é que a gente ainda não está sabendo como fazer. Ideia a gente tem, mas ainda não colocou em prática dentro do planejamento (Corujinha-orelhuda).

É, o desejo é grande, a demanda existe, mas pra mim acho que tem que andar bastante. Integração com outro módulo eu acho que a gente tá ainda bem distante (Murucututu).

Hoje foi a prática de habilidades médicas e infecto por unidade básica de saúde e realmente abriu essa perspectiva de que é um campo de prática para fazer em conjunto (Caburé-acanelado).

É que tava assim. Até então os professores de habilidades médicas levavam os alunos para os seus campos de trabalho, não pra campos que o curso já tem conquistado. Então, isso fazia com que eles visualizassem apenas como campo de ensino, o lugar que eles estavam trabalhando. Então, a gente já tem batido demais nessa tecla da APS . Dá pra fazer, é possível fazer, basta se organizar, pelo menos agora tão começando a vislumbrar isso (Corujinha-relógio).

O ambiente acadêmico deve incentivar, valorizar e criar circunstâncias que envolvam equipes de docentes de áreas afins e que se proponham a planejar um curso de forma integrada. Ao se sentir parte da instituição e de um processo de integração em desenvolvimento, os professores passam a perceber que existem colegas interessados em modificar suas aulas, tornando-as verdadeiros ambientes de aprendizagem, e que querem, juntamente com outros colegas, realizar a docência diferente e melhor que aquela que vêm realizando (COSTA, 2010).

Sendo assim, a possibilidade de integração de outros módulos com a APS parece óbvia, se os docentes estiverem atentos para vislumbrá-la como um campo produtivo para a produção do conhecimento teórico-prático. De acordo com Lobo (2015), a teoria emerge da prática. É interagindo com problemas, ou situações da vida real, que o aluno poderá buscar o conhecimento necessário para resolver esses problemas. Cabe ao professor o papel de orientar a busca, a discussão e as possíveis soluções desses problemas.

Quando provocados a discutir essa integração entre os módulos, os docentes se sentiram à vontade para fazer várias ressalvas a respeito dos estudos tutoriais, relatando que a visão deste como uma unidade integradora do curso não representa a realidade. As falas que deram origem à categoria “estudos tutoriais” serão expostas a seguir:

As críticas iniciam com base no comportamento dos alunos, como expressa as falas dos professores abaixo:

O estudo tutorial é um teatro. Teatro no sentido de que se nós formos avaliar os alunos em vários quesitos, uns reprovaram. Sempre, eles da mesma forma, estão atrás da parte biológica, eles não tão buscando uma solução para algum determinante social. Eles dividem os objetivos e não conseguem integrar os objetivos, para formar a solução daquele fenômeno. Fulano A responde um objetivo e entrega pra gente, fulano B, responde outro objetivo e entrega pra gente. A gente constata isso no relatório (Mocho-dos-banhados).

Os alunos mesmos já sabem o que cada um tem que falar. A simulação, ela extrapola os problemas fictícios e passa para os alunos. Então, alguns que são tímidos, já sabem qual seu momento de entrada na discussão, porque aqueles que falam mais, já deixam pré-combinado que aquele tímido vai falar e as respostas já ficam na ponta da língua, e os relatórios são sem nenhum tipo de profundidade (Caburé-miudinho).

Porém, as críticas não recaem somente sobre os alunos. Os docentes tomam para si a responsabilidade e afirmam que a conduta do alunado é reflexo da postura dos professores na construção e condução dos ET.

Eu acho que o jeito que eles resolvem os problemas, não é diferente da forma como a gente constrói os problemas. Cada um constrói um objetivo, manda e junta tudo. Algumas vezes a gente se reúne, mas não está todo mundo junto pra fazer os problemas. Eu acho que se a gente conseguisse algum dia sentar e discutir os problemas conjuntamente, inclusive com eles, talvez a gente conseguisse se integrar mais e entender como as coisas funcionam na cabeça deles (Corujinha-relógio).

A gente tem problemas com a forma como se aplicam as metodologias, principalmente na construção dos problemas. É uma colcha de retalhos pra caber todos os assuntos de todos os módulos. Eu acho que isso não funciona, os problemas são fictícios, a gente não valida os problemas, aí quando chega a hora da resolução do problema é que você vê, que aquilo que está posto ali não condiz exatamente com a situação do mundo real e não bate exatamente com o objetivo pensado pela pessoa que elabora o problema. Eu acredito que seria uma ferramenta importante, que é uma metodologia interessante, mas na forma como está acontecendo ele não está cumprindo muito o objetivo de ser um módulo integrador (Coruja-listrada).

Tem que ter o cuidado de conduzir o grupo da forma como a técnica propõe, porque um processo mal conduzido, ele embarga todo o esforço que uma equipe fez pra elaborar o problema e pra pensar os objetivos de aprendizagem (Coruja-buraqueira).

Currículos diferenciados exigem práticas diferenciadas. Partindo da ideia de que a formação dos professores do curso em questão seguiu um modelo tradicional, estes precisam se apropriar das demandas exigidas por uma formação médica diferenciada. Diante disso, se faz necessário trabalhar estratégias para integrar a formação dos professores, uma vez que eles são parte fundamental desse processo. O corpo docente necessita de formação didático-pedagógica que o permita trabalhar com novas metodologias, favorecendo a aprendizagem dos estudantes (FRANCISCO *et al*, 2014).

O outro aspecto levantado a respeito dos estudos tutoriais é o clamor dos professores a respeito da veracidade e contextualização dos problemas, para que os mesmos façam sentido e sejam de fato integradores.

Eu acho que a gente tem que puxar mais para a nossa realidade, porque não encontrar um problema que tem mais a ver com o litoral, que faz mais sentido pra gente. É muito melhor você fazer algo como uma dengue, que é uma coisa que todo dia tem, do que fazer uma síndrome que você vê uma a cada dois milhões de pessoas (Coruja-buraqueira).

Nos estudos tutoriais, os problemas, eles não são contextualizados(...) O que eu penso é que se a gente partisse de situações problemas reais, que a gente encontra na APS, daria melhores condições da articulação e da integração dos estudos com os outros módulos. Seria partir de uma situação problema real, depois problematização. Sem forçar objetivo de aprendizagem, o problema dos estudos tutoriais é que eles são forçados com base nos conteúdos de todos os módulos, como se fossem as disciplinas que se juntam para fazer uma lei única aleatoriamente (Corujinha-orelhuda).

Uma fragilidade dos estudos tutoriais é que o nosso objetivo de aprendizagem não é a primeira coisa, ele é a última coisa. Então, primeiro a gente cria uma história, um teatro, uma ficção, aí depois que a história está desenhada é que a gente vai ver quais são os objetivos e os problemas que pode extrair. Depois que a gente faz um enredo é que a gente vai pensar nos objetivos, a gente faz o movimento inverso (Corujaburaqueira).

O anseio dos professores para que os problemas desenvolvidos através dos estudos tutoriais partam da prática, se justifica pela afirmação de Iglésias e Bollela (2015). Para estes autores, a capacidade de recuperar o conhecimento adquirido aumenta sempre que houver contextualização do aprendizado, em especial na área da saúde, quando existe articulação daquilo que se aprende com os cenários e as práticas profissionais.

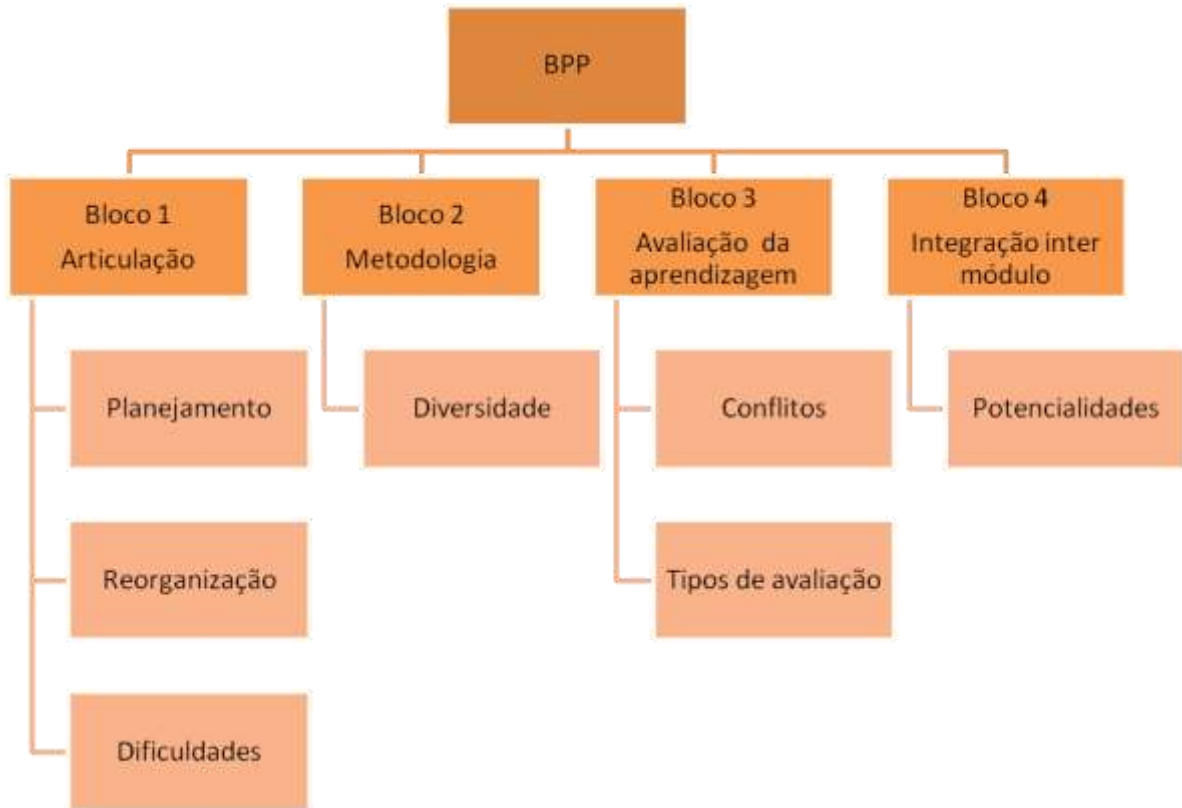
Nesse sentido a utilização da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez poderia representar uma opção na construção dos problemas trabalhados nos estudos tutoriais, tendo em vista que nessa metodologia o ponto de partida é a realidade, que observada sob diversos ângulos, permite aos alunos, sob orientação do professor, selecionar situações e a problematizá-las.

#### *4.2.1.3 Círculo de Cultura com o módulo Bases dos Processos Psicossociais*

O quarto círculo de cultura foi realizado com os professores do módulo BPPS e teve uma duração de 1 hora e 35 minutos. Este módulo é composto por quatro professores e todos participaram do CC. Ressalta-se, que dos quatro professores do módulo, três já haviam participado do CC com o módulo da APS em momento anterior, o que gerou ansiedade em discutir elementos conflitantes do módulo em questão.

Seguindo a estratégia de análise já comentada nos demais círculos, manteve-se a estruturação em torno dos blocos. A Figura 5 representa os blocos e suas respectivas categorias de análise.

Figura 5 - Categorias de análise estruturadas por bloco no Círculo de Cultura com o módulo BPPS.



O primeiro bloco, representando a articulação dos professores em prol de uma integração modular, trouxe como categorias de análise o “planejamento”, a “reorganização” e “dificuldades”. Apesar do surgimento de quatro categorias de análise, percebe-se que as ações giram em torno do planejamento e não avançam muito em relação às execuções.

Iniciando a discussão deste bloco pela categoria “planejamento”, percebe-se que o mesmo não acontece de forma sistemática ao longo do semestre, nem sempre conta com a participação de todos e está restrita à organização dos conteúdos e temas. Esses impasses ficam perceptíveis nas falas dos participantes abaixo:

O planejamento tem sido feito a partir dos temas e através dos módulos (Corujinha-orelhuda).

Eu acho que nós conseguimos avançar um pouco, principalmente nesse semestre. Nesse semestre a gente fez uma coisa que não fez no primeiro momento, ou até fez, mas não conseguiu tanto como nesse, que foi planejar mesmo os temas, escolher que temas a gente trabalharia juntos (Corujinha-sapo).

A ideia da integração ela ficou muito vinculada à ideia do planejar. Essa integração tem se dado nesse momento de planejar em conjunto, que o planejar em conjunto, não necessariamente é desenvolver junto (...) Eu acho que tem esse esforço de planejar para gente tirar uns temas que a gente achava que não era interessante e de

agregar outros temas que a gente julga interessante para a formação. Então, eu acho que essa integração da gente foi mais um esforço de distribuir os temas de uma forma que gerasse menos conflitos entre a gente (Corujinha-buraqueira).

Acho que a gente conseguiu uma etapa bem ampla, e agora a gente tem que planejar coisas também menores e planejar continuamente, avaliar e planejar. Um planejamento macro, dos temas ok, mas a gente tem de planejar coisas cotidianas, nos organizar mesmo, antecipar os problemas. A gente tá apagando incêndio e lá no começo do semestre a gente não parou pra antecipar esses incêndiozinhos do cotidiano (Corujinha-sapo).

Acho que agora a gente tem de se concentrar é na execução desse planejamento, que a gente tem falhado. Essas coisas bem práticas da execução, que acho que representa nossa fragmentação, falta de integração cotidianas (Corujinha-sapo).

O esforço de planejar, de modificar, de discutir aspectos mais amplos como a escolha e de organizar ações menores que fazem parte do cotidiano do módulo, se faz pertinente quando se busca a integração. Para Freire (2001, p.10) “todo planejamento educacional, tem que responder às marcas e aos valores da sociedade. Só assim é que pode funcionar o processo educativo, ora como força estabilizadora, ora como fator de mudança”.

O módulo BPPS passou por mudanças desde o começo do curso até o momento da pesquisa. Muitas destas mudanças estiveram vinculadas à chegada de novos integrantes que traziam consigo outras concepções, outros olhares e outras perspectivas com relação ao módulo e à integração do mesmo. Esse novo arranjo fica explícito nas falas que compõem a categoria “reorganização”. Observando os relatos, acredita-se que a maneira de escolher e organizar os conteúdos dentro do módulo parece ser reflexo dos novos e diferentes olhares a respeito do módulo.

Quando o módulo começou só eram dois professores, então se organizou de uma forma. Com a chegada de novos integrantes do módulo, eu acho que foi o momento em que teve que acontecer uma reconfiguração desse módulo. Acho que a gente pode até chamar de momento de crise, utilizando de uma forma positiva esse termo crise. Um momento em que aquela estrutura que estava estabelecida ela foi modificada pra poder assimilar novos pensamentos, novos integrantes que vinham com outras perspectivas. No começo foi mais fácil, só tinham duas pessoas, e aí chegada de mais dois professores foi um momento muito importante para o módulo, porque eles chegaram com outras formas de pensar o tema psicossocial e aí a gente teve que realmente começar a trabalhar mais junto, mas ainda tá distante, eu acho que a gente pode se aproximar (Corujinha-sapo).

Nós já chegamos acho, que a um razoável consenso de quais os conteúdos são adequados, os conteúdos que a gente listou, tanto pelas nossas experiências, como por outros cursos também (Corujinha-sapo.)

Talvez o que a gente ainda tenha que fazer é remanejar uma coisa que tá num local para outro, a gente já viu que vai ter que fazer isso. Organizar um pouco o local, organizar de novo, mas a gente sabe que isso, essas concepções, esses conceitos, relacionados à base dos processos psicossociais são esses (Corujinha-orelhuda).



A articulação também foi marcada por obstáculos, aqui representados na categoria “dificuldades”. Esses obstáculos impedem a evolução de um processo de integração ainda em construção. As falas a seguir retratam que parte dessas dificuldades está vinculada às relações pessoais.

A nossa articulação no psicossocial não tem sido fácil, mesmo todos nós tendo interesse de se aproximar, no início teve muita dificuldade, dificuldades interpessoais, e não dificuldades em relação a gente não saber fazer. A gente até sabe fazer, mas a gente fugiu um pouco desse saber fazer, e aí se articulou dentro do que foi possível a partir dos temas (Corujinha-orelhuda).

Durante a execução do módulo a gente começou a ver que é como se cada um não se sentisse pertencente, representante, aquele módulo não fosse seu módulo. Cada um ia lá, dava uma aula, a outra aula já era outro professor, a outra era outro professor. Eu me senti dando mais palestra naquela turma. Agora, foi muito ruim, eu não me sentia pertencente desse módulo, aí a gente começou a procurar outros módulos, Eu tava mais nas habilidades médicas, todos vocês três aqui estavam na APS. A gente tinha outras atividades pra fazer e o módulo psicossocial não era de nenhum. Nenhum se sentia que tinha autonomia, que podia, porque a gente tinha que dar uma aula aqui, outra semana era na outra sala. Então, eu acho que é importante sim, a gente ter uma linha de, não de vínculo só com aluno, mas de continuidade daquele pensamento e também de raciocínio (Corujinha-sapo).

No nosso módulo, realmente essa fragmentação fica mais evidente. Nós somos só quatro professores, mas a gente tem dificuldade, às vezes dois planejam, três planejam, justamente porque os outros não podem, então a gente ainda tem muita dificuldade mesmo, quase a gente não conseguia um horário para o círculo de cultura, e isso é reflexo dessa nossa dificuldade de achar um tempo comum, estamos constatando o que está acontecendo (Corujinha-orelhuda).

A gente já observa essa fragmentação e a gente de fato não fez todo um esforço que podemos fazer para diminuir. Nós podemos tentar com mais intensidade, nos encontrar, nos reunir (Corujinha-sapo).

Um estudo realizado por Rocha *et al* (2014), sobre os aspectos desmotivadores da docência em medicina, revelou que 12,5% dos docentes se sentiam desmotivados no ambiente de trabalho por problemas de relacionamento interpessoal. Apesar de ser uma porcentagem pequena, diante de situações onde os professores devem se integrar para atingir a proposta curricular, a dificuldade de se relacionar representa um elemento a ser levado em consideração.

Outra dificuldade reside na concepção dos alunos a respeito do módulo, bem como a importância que é dada aos conteúdos como parte da formação profissional, expressa nas falas de Corujinha-sapo e Corujinha-relógio. Para contornar essa situação eles propõem alternativas para ressignificar o módulo.

Um momento de dificuldade é fazer esses temas serem percebidos pelo aluno de graduação como relevante na prática futura deles, porque pra gente é uma ligação muito clara, mas pro aluno não é. Então, ele não vê às vezes sentido naquela discussão, naquele tema e isso desestimula. Então, o desafio nosso é cada vez deixar

mais claro pra esse aluno a ligação, o sentido que aquela discussão pode ter numa prática de profissional de saúde ( Corujinha-sapo).

Mas eu penso também que a gente poderia aproveitar melhor, o que eles vivem na prática, problematizando isso que eles viram na prática, não a gente trazer os casos, mas a gente partir dessas situações. Esse é o nosso grande desafio, até pra fazer sentido, me parece que aí, eu acho que a gente precisa talvez articular, problematizar a partir dessa prática mesmo (Corujinha-relógio.)

Um grande desafio enfrentado por professores é provocar no aluno o interesse pelo aprendizado. Nem sempre eles possuem maturidade, senso crítico e sensibilidade para perceber a necessidade de alguns conteúdo para sua formação profissional. Lobo (2015), relata que o aluno aprende uma matéria de acordo com sua aptidão, conhecimentos prévios e motivação para aprender. A motivação pode ser imediata (*just-in-time*), quando ele percebe a importância da matéria para seu projeto de vida, ou tardia (*just-in-case*), quando ele acha que esse aprendizado pode ser útil no futuro.

Em se tratando das metodologias utilizadas no módulo BPPS, bloco 2 desta análise, surgiu como categoria a “diversidade”.

Assim como no módulo da APS, os professores também declararam utilizar uma grande variedade de métodos para atingir os objetivos de aprendizagem. A categoria “diversidade” pode ser exemplificada pela fala dos docentes:

Eu acho que é bem variado. Desde um dia de aula mais tradicional, discussão dialogada, até o uso de recursos artísticos. Usamos estudos de caso também, a partir de situações reais, de reportagens, filmes. A gente faz muita roda de conversa, a gente tenta facilitar com que eles se coloquem, tenta sempre com que eles falem sobre aquele tema, a partir de um texto, de um referencial que a gente deixa (Corujinha-sapo).

A gente discute artigos utilizando a estratégia da problematização. Usamos mapa conceitual, em termos de metodologia a gente tem avançado bastante, a gente não tem muita dificuldade nesse sentido, usamos também diário cartográfico (Corujinha-orelhuda).

Usar métodos diferenciados, que reforçam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para alcançar uma formação médica de qualidade é uma alternativa desejável. O modelo de ensino tradicional que valoriza o modelo biomédico, não corresponde aos resultados esperados para este curso de Medicina e diante dessa prerrogativa, há a necessidade de concentrar esforços nas formas de abordagens do conteúdo e avaliação, proporcionando ao aluno diversas estratégias de aprendizagem, ampliando assim sua rede de significado (ZIMMERMANN, *et al*, 2014).

A avaliação, bloco 3 da análise deste CC, revelou-se como um dos pontos mais altos das discussões provocadas pelo animador, trazendo como categorias: “conflitos” e “tipos de

avaliação”. Os docentes reconhecem vários problemas relacionados à avaliação que resultam da dificuldade de integração do módulo, e se mostram dispostos a repensar esse processo nos mais diversos aspectos. Na categoria “conflitos” percebe-se falta de planejamento ao avaliar, dificuldades para estabelecer os critérios da avaliação a falta de um *feedback* para os alunos.

Eu acho que no momento a avaliação é nosso ponto que tem que melhorar mais (Corujinha-sapo).

Acho que talvez, a gente tem dificuldade de planejar a avaliação. A gente planeja o conteúdo, mas as atividades e as avaliações conjuntamente, a gente não planeja (Corujinha-relógio).

Para Zabala (1998), o planejamento e a avaliação são processos indissociáveis. A intervenção pedagógica não pode ser entendida sem uma análise que leve em conta as intenções, previsões, as expectativas e a avaliação dos resultados. É necessária uma visão dinâmica do processo, com relações estreitas entre planejamento, aplicação e avaliação.

No transcorrer do módulo ao longo dos períodos, existiu uma indefinição referente à quantidade de avaliações oficiais que o módulo deveria realizar. Não ficou claro nas falas se essa indefinição se deu por mudanças nas normas da instituição de ensino, equívocos de comunicação, ou se os docentes não tiveram acesso às normatizações antes de engajarem no módulo.

A gente soube agora, uma informação que tem que ter duas avaliações, só que a gente tinha planejado só uma, e aí ficou aquela dúvida, que a gente ainda não resolveu e ainda vai conversar. Então, aquele trabalho que foi passado vai valer nota? Mas não pode mais valer porque ele já passou e não dissemos aos alunos que ia valer, então não vai valer. Mas a gente pode pegar, aproveitar isso e fazer uma outra coisa. Então assim, no meio da história, a gente tem que mudar as regras. E isso é péssimo (Corujinha-sapo.)

Desde o início a gente não sabe quantas avaliações tem que fazer. A gente vai fazer o que pra avaliar? Depois que já tá avaliando, não contou com o que tava fazendo como avaliação, e agora vai contar? (Corujinha-orelhuda).

Tá meio complicado viu! Meio bagunçado, a gente, a todo instante pensa em um jeito ou outro de avaliar melhor (Corujinha-relógio).

Outro ponto conflitante no discurso dos participantes foi a indefinição ou inexatidão dos critérios estabelecidos para a avaliação, mostrando deficiência no planejamento das atividades avaliativas, bem como a ausência de um *feedback* para os alunos.

Mas também a gente deixa passar os critérios de avaliação. Não dá tempo a gente fazer, porque a gente às vezes cria os dispositivos de avaliação de última hora e quando tem um critério, no caso do diário de campo que já tinha tudo direitinho, eles até compreendem mais (Corujinha-orelhuda).

Tem vezes que temos os critérios, mas eles não são compartilhados com todos, a gente até compartilha depois, a gente faz isso. Só que às vezes a gente faz isso muito em cima da hora (Corujinha-orelhuda).

De acordo com Silva (2010), para realizar um processo avaliativo na perspectiva proposta nas DCN, é relevante tomar coletivamente algumas decisões como definir os objetivos, determinar as dimensões a serem avaliadas e as metas que se pretende atingir (SILVA, 2010). Dentre os elementos que compõem a avaliação os professores chamaram atenção para o *feedback*.

Um problema grande que acho é o feedback da avaliação, que a gente não tem feito. A gente faz uma avaliação no final, depois eles não recebem mais aquilo, um retorno... e fica mais sem sentido ainda. Acho que é urgente nossa questão da avaliação, tanto do planejamento, quanto desse feedback do aluno, da avaliação, que eu acho que é aí que ele pode ter uma compreensão mais ampla do sentido daquele conhecimento, ali, na hora que ele aplicou naquele trabalho, ele já te deu retorno. A nossa falta de planejamento na avaliação, a falta de critérios pré-definidos e bem explicados anteriormente, faz com que a gente seja menos rígido. Aí, menos rígido assim, que qualquer coisa passa nessa disciplina aí (Corujinha-sapo).

O *feedback* enfatizado na fala acima se trata de uma ferramenta indissociável de qualquer processo avaliativo, a devolutiva, que inclui as apreciações realizadas pelo professor, para que o estudante possa rever, complementar e corrigir os rumos de sua aprendizagem (ZIMMERMANN *et al*, 2014).

A partir da ideia de que avaliar não é uma tarefa fácil, o estudo realizado por Francisco *et al* (2014) descreve uma oficina sobre avaliação, realizada com 42 professores do curso de medicina de uma instituição privada de ensino superior localizada no Triângulo Mineiro. Nesta pesquisa os docentes também apresentaram fragilidades no processo de avaliação e suas aplicações. Eles concluíram que havia necessidade de definir os objetivos da avaliação; ter clareza sobre o quê e como avaliar de maneira adequada; compreender a finalidade da avaliação e a importância de uma devolutiva com um *feedback* apropriado e, por fim, promoverem discussões internas sobre a subjetividade da avaliação. Os aspectos levantados pelos autores se aproximam das dificuldades de avaliação declaradas neste estudo.

Quanto aos “tipos de avaliação”, próxima categoria de análise, percebe-se que os professores diversificam nos métodos e usam tanto a avaliação somativa como a formativa.

Já teve diário de campo, avaliação da participação (Coruja-buraqueira).

Mas o que a gente já fez foi resenha de filmes, a gente fez o que mais? A gente quase nunca usou a prova, mas já fizemos (Corujinha-relógio).

A gente pediu pra eles fazerem uma narrativa. Eles acabaram fazendo uma resenha de filme, mas a gente pediu uma narrativa. Usando a metodologia qualitativa da narrativa, da história oral, eles fizeram de uma situação, pediu pra ser de um filme, de uma coisa a ver com uma situação de saúde. Mas parece que é uma coisa assim, você pede ali, de qualquer jeito, porque qualquer coisa agrada esse povo da psicossocial, entendeu? Você pode escrever qualquer coisa lá que conta. Então, às vezes a gente tá pensando até em retornar as avaliações nesse semestre. Na BPPS IV, a gente optou por fazer uma avaliação mais tradicional, que é pra ver se eles valorizam mais. Se eles lêem os textos, fazer uma prova tradicional, questões

discursivas, questões objetivas, na tentativa deles realmente levarem a sério aquela avaliação, porque quando a gente faz avaliações dentro das metodologias mais ativas, parece que não afeta (Corujinha-sapo).

A busca pela legitimação do módulo impulsionou os professores a repensarem a forma de avaliação, saindo de um modelo mais formativo para um somativo. O que se sabe é que muitas críticas recaem sobre a avaliação somativa quando utilizada exclusivamente, principalmente no que diz respeito à ausência de um *feedback* capaz de corrigir eventuais dificuldades enfrentadas pelo estudante. No entanto, quando bem aplicada, tem uma excelente capacidade para avaliar aquisição de conhecimentos e habilidades (BORGES *et al*, 2014).

Fazendo novamente referência ao estudo de Francisco *et al* (2014), os professores participantes da oficina variavam bastante na forma de avaliação, utilizando provas teóricas, com questões de múltipla escolha e questões contextualizadas; provas práticas priorizando os conteúdos integrados; seminários e discussão de artigos científicos; estudo de casos clínicos e portfólio com registro das atividades diárias. Foi relatado que o ponto-chave não se trata apenas em diversificar, mas tornar a avaliação contextualizada e atualizada permitindo avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes.

Conduzindo a análise para o bloco 4, integração inter módulo, surgiu a categoria “potencialidades”. O grupo admite a capacidade do módulo de se integrar com todos os outros, tendo em vista que as questões psicossociais são inerentes às mais diversas condições de saúde, mas a integração de fato não acontece.

Eu acho que se integraria com todos, não existe nenhum momento que você vai ver uma situação de saúde, que não exista uma dimensão psicossocial, uma situação de saúde real (...) Então assim, na teoria a gente se integraria com todos. Só que nós mesmos temos esse processo de nos encapsular e os outros também dificuldade de entender a nossa linguagem, ou a gente precisa se fazer entender, não sei (Corujinha-sapo).

Não é possível desconsiderar o aspecto social da saúde, em um currículo integrado, onde o ser humano deve ser visto integralmente, com suas características biológicas, psicológicas, espirituais e sociais interligadas e interdependentes. Cada indivíduo é determinado por sua historicidade e faz parte de um grupo social. A sua inserção no processo de produção determina o seu processo de saúde e doença (GARANHANI *et al*, 2013).

Parece haver uma comunicação com os módulos APS e Habilidades Médicas. No entanto, essa comunicação só é facilitada pela repetição dos atores nos diferentes módulos. Não ficou evidente nos discurso as situações de integração. O que se observa é a busca de conexões possíveis, a partir de outras experiências exitosas de integração.

O que mais se integra é com a APS e a gente percebe que também tem muito potencial pra se integrar é com habilidades médicas, assim, de imediato (Corujinha-orelhuda).

No exemplo de habilidades médicas com biológicas, eles tão trabalhando em conjunto e em cima de casos de situações que eles criam, né, situações de saúde, e que contemplem os conteúdos e os objetivos de aprendizagem dos dois módulos. De repente, nós poderíamos aproveitar, eu fiz isso. Eu peguei um dos casos que eles criaram, não tinha nenhuma dimensão psicossocial. Era bem assim, aquela coisa com foco na doença e no que eles estavam querendo ensinar lá, que era sistema respiratório, que era analgésico, só tinha isso. E aí, eu coloquei isso dentro de um cenário pra uma prova lá de habilidades médicas. E eu acho que de repente foi interessante, de repente a gente pode fazer isso. Pegar uma linguagem que faz sentido pra eles, numa situação assim, construída por outro módulo, inclusive, e colocar aquela situação dentro de um contexto, de um contexto real, personificar, um contexto não abstrato (Corujinha-sapo).

A gente precisa tentar se aproximar mais dos outros módulos, principalmente habilidades médicas, no caso da prática médica, o módulo de biológicas, porque a gente se aproximando dessa linguagem, fazendo um contato com esses conhecimentos, pode fazer mais sentido o que a gente tá falando ( Corujinha-sapo.)

Os docentes do curso de Medicina devem ser encorajados a inovarem sua prática pedagógica, no sentido de compreender a realidade de seus alunos e aproximar-se desta realidade, tanto no ponto de vista psicológico, cognitivo, afetivo, como sócio-cultural. Isso para que, a partir daí, possam trabalhar rumo a uma educação integrada, significativa e construtiva, capaz de conduzir o aluno durante um processo de formação que resulte em um sujeito consciente de sua autonomia social (SOUSA-MUÑOZ, 2011).

#### 4.2.2 Etapa 2: Avaliação do nível de integração dos módulos

Após uma análise minuciosa de cada um dos módulos, realizada na etapa 1, buscou-se qualificar as ações docentes em níveis de integração, tomando como base o referencial teórico da Escada de Integração de Harden (2000). A escada conta com 11 degraus que vão desde o isolamento até a transdisciplinaridade. Subir degraus significa menos ênfase no papel das disciplinas e o grau alcançado está intimamente ligado às ações dos docentes e a forma de organização do currículo.

Essa perspectiva de integração não é um consenso entre os diferentes atores da realidade educacional. Contudo, surge como um fator fundamental diante das tendências da realidade contemporânea, já que se trata de uma maneira de relacionar os diferentes conhecimentos, a partir de uma pedagogia holística, sem que haja tantas perdas com as fragmentações e leituras descontextualizadas.

#### 4.2.2.1 Módulo Bases dos Processos de Agressão e Defesa

De modo genérico, a síntese possível de ser construída a respeito do módulo BPAD remete a um grupo de docentes com boa formação técnica, específica em termos de pós-graduação, com pouca experiência docente, mas todos com consciência de estarem envolvidos em um curso diferenciado com vontade de construir e inserir-se na proposta. Apesar das dificuldades enfrentadas no início e durante o percurso, a concepção de módulo parece ser compreendida pelo grupo e o processo de integração está acontecendo de uma maneira gradativa, passando por uma construção coletiva, despertando nas docentes uma leitura crítica da realidade, permitindo uma constante (re)formulação na forma de conduzir o módulo. Pode-se afirmar também, que a busca pela integração é vista como um processo inacabado.

Para Alves (2010), a integração curricular surge de um contexto que tenta romper com o aspecto fragmentado das disciplinas e a supervalorização das especialidades, em busca de um conhecimento completo. Este módulo, por contemplar conteúdos das ciências básicas, estava muito suscetível à visão fragmentada de disciplinas.

Tomando a referência de Harden (2000) para analisar o Módulo Bases dos Processos de Agressão e Defesa, admite-se que os docentes ultrapassaram o isolamento e a fragmentação das disciplinas já não é a característica principal. A relação construída entre elas é perceptível e já é possível apontar aspectos que se diferenciam do ensino tradicional. Na formação tradicional, o estudante torna-se dependente de seus docentes na aquisição de novos conhecimentos e mantém uma postura essencialmente passiva na construção de seus saberes (FERREIRA; TSUJI; TONHOM, 2015).

O segundo degrau da escada de Harden, o da conscientização, também já foi superado, o planejamento adquiriu outra conotação que não somente o suprimento de algum conteúdo que deixou de ser mencionado. Apesar da troca de experiências, reuniões e planejamento, o degrau da harmonização ainda continua sendo mais uma busca de conexões que necessariamente a construção de conteúdos interdisciplinares.

As metodologias de ensino utilizadas no módulo permitem atingir o quarto degrau, o da nidificação, que para Fogarty (1991), é sinônimo de infusão. Esse degrau remete à comunicação entre conhecimentos e a capacidade de resolver problemas, aspecto que foi percebido na fala das docentes quando se referiam às aulas ministradas sobre determinado assunto, seguidas de uma sessão de TBL.

Considera-se também que o grupo atingiu o degrau da coordenação temporal, pois há uma organização conjunta para que os conteúdos sejam trabalhados ao mesmo tempo, facilitando ao aluno o aprendizado integrado de determinados assuntos. Acredita-se que o módulo alcançou por fim o degrau da partilha, correspondendo ao sexto degrau da escada de Harden, que remete à construção coletiva e um planejamento que visa evitar o excesso de conceitos, bem como possibilitar a inclusão de novos conteúdos, somados a isso, uma execução e uma avaliação partindo de temas comuns e complementares.

Apesar de acreditar que o módulo se encontra no sexto degrau, foi possível perceber características dos estágios de correlação e complementar, sétimo e oitavo degrau respectivamente. Em se tratando da correlação, o planejamento conduz para que cada disciplina dê sua contribuição para o mesmo problema. No entanto, as sessões integradas ainda acontecem em menor proporção que as outras sessões. Dentre os aspectos observados no módulo, que apresentam características do degrau complementar, pode-se elencar o reconhecimento das sessões integradas, aqui representadas pelas sessões de TBL, em termos de tempo, recurso e avaliação, bem como o ensino de alguns conteúdos integrados por sistemas, o que indica que a partir de um tema ou tópico cada disciplina dará sua contribuição.

Tendo como base os encontros de planejamento realizados de maneira sistemática, a (re)organização dos conteúdos do módulo ao longo dos cinco períodos em que o mesmo se faz presente, a utilização de diferentes metodologias de ensino e a tentativa constante de avaliar de forma integrada, o grupo de docentes do Módulo Bases dos Processos de Agressão e Defesa apresenta todas as condições de alcançar mais degraus na Escada de Harden.

#### *4.2.2.2 Módulo Bases da Atenção Primária em Saúde*

O módulo da APS apresenta como principais características o número de professores e suas diferentes formações. É o módulo mais heterogêneo do curso. Os docentes são conscientes do caráter transversal da APS e reconhecem as inúmeras possibilidades de integração deste módulo com os demais. No entanto, ainda precisam superar muitas dificuldades para promover um ensino integrado dentro do próprio módulo. Para Mariani; Pêgo-Fernandes (2013), existe uma tendência mundial para que a integração curricular aconteça de duas maneiras: horizontal, entre disciplinas, ou vertical, entre ciências básicas e ciências clínicas. Integrar nestes dois níveis torna o ensino mais completo e efetivo em termos de conhecimento e aplicabilidade.



Professores que participaram do estudo de Franco; Soares; Bethony (2016) relatam que os locais de prática são potentes espaços para a materialização da integração, principalmente, quando o professor dispara esse processo a partir do questionamento e da problematização. Nesse sentido, os espaços de prática para produção da integração e a capacidade de problematização são elementos constituintes do módulo da APS.

A integração neste módulo parece dar seus primeiros passos e apesar dos avanços reconhecidos é evidente a necessidade de integração em pelo menos em três pontos: a comunicação do grupo, a execução das práticas e na avaliação.

Por estarem engajados em um curso com a proposta integradora, os docentes se mostraram conscientes do seu papel de articulador. Neste sentido, o degrau do isolamento é facilmente superado. Existe a preocupação e a iniciativa de professores de áreas afins trabalharem de forma conjunta e perceberem as diferentes contribuições para a construção do conhecimento.

Alcançam o degrau da conscientização no momento em que conseguem olhar com clareza para as unidades temáticas e organizá-las de maneira mais coerente durante o planejamento.

A harmonização, apesar de não estar totalmente consolidada, é vivenciada pelo grupo. Os professores de diferentes áreas fazem conexões claras de suas disciplinas nas mais diversas situações encontradas nos cenários de prática do módulo, mesmo percebendo que os alunos não conseguem ter essa mesma visão. Os docentes fizeram acontecer as reuniões de planejamento com uma frequência quinzenal, o que estimula a comunicação entre o grupo. No entanto, ressaltam que nem todos os professores estão realmente comprometidos com a proposta afetando assim, o caminhar coletivo.

Admite-se ainda que eles superam, com ressalvas, o degrau da nidificação. Nesse nível, os conteúdos retirados de diferentes assuntos do currículo podem ser utilizados para enriquecer o ensino de uma matéria, e isso pode ser percebido na utilização de variadas técnicas de metodologias ativas e participativas, que permitem ao aluno um olhar mais integral e complexo das situações de saúde. As ressalvas se referem à divisão das aulas por afinidades e à necessidade de aperfeiçoamento na utilização das metodologias ativas e participativas.

Acredita-se que o módulo alcançou por fim o degrau da coordenação temporal, pois durante o planejamento, os docentes sugerem e adaptam instrumentos de prática no sentido de padronizá-los, para que os alunos atinjam os mesmos objetivos e competências. Essa ação não pode se configurar como uma integração propriamente dita, porque nem sempre a

padronização dos instrumentos acontece na presença da maioria dos membros do grupo, mas demonstra uma tentativa de unificar o que é ensinado nos diferentes territórios de prática. Sendo assim, existe uma coordenação temporal de execução do que deve ser ensinado.

O próximo degrau a ser alcançado seria o da partilha, mas para isso o grupo precisa superar as dificuldades ainda existentes no planejamento, que apesar de sistemático, reflete que algumas ações ainda não se concretizaram na prática. Outro elemento que precisa ser repensado é a avaliação, que reflete a forma ainda fragmentada do grupo.

A análise reconhece a dificuldade de integração do módulo em diversos aspectos, desde o planejamento até a avaliação, que, no entanto podem ser superados com a melhora da comunicação entre os integrantes do grupo. Harden (2000) refere que para avançar na integração é imperativa uma maior estrutura organizacional, mais recursos e uma maior participação de todos nas discussões curriculares.

#### *4.2.2.3 Módulo Bases dos Processos Psicossociais*

Esse módulo possui quatro professores com formações afins, mas com dificuldades visíveis de integração. Vale ressaltar, que todos eles atuam como professores colaboradores em outros módulos do curso e tentam articular uma integração do BPPS com os módulos que colaboram, sendo assim candidatos fortes para liderar um processo de integração intra modular. Considerando essa informação, melhorar a integração dentro do módulo BPPS é imprescindível, não só para o bom andamento do módulo em si, mas vislumbrando uma repercussão no curso como um todo. A integração se faz necessária no planejamento, execução e principalmente na avaliação.

Apesar da leitura desintegrada que os próprios participantes fazem do módulo, eles superam o isolamento, pois consideram os diferentes olhares do grupo e conseguiram em conjunto, buscar soluções para os problemas iniciais do módulo partindo da organização dos temas.

O segundo degrau, a conscientização, também é ultrapassado, tendo em vista que os docentes se reuniram para planejar os temas ao longo dos quatro módulos de BPPS retirando e acrescentando conteúdos que seriam mais relevantes para a prática médica.

No degrau da harmonização percebe-se que as conexões ainda não estão bem estabelecidas, tendo em vista que a execução do que foi planejado ainda tem apresentado falhas, mas partindo da ideia que os temas apresentam uma sequência lógica, com o

encadeamento dos conteúdos no decorrer do semestre, acredita-se que os docentes também superaram esse degrau.

O alcance final do módulo é no degrau da nidificação, partindo do pressuposto que as competências gerais são reconhecidas, que existe comunicação entre os conhecimentos ministrados e que os professores utilizam com elemento integrador uma variedade de metodologias ativas e participativas oferecendo aos alunos a capacidade de resolver problemas.

Uma série de fatores impossibilitou o grupo de avançar mais degraus da escada de Harden, dentre eles podem ser citados: a ideia de integração vinculada ao planejamento a partir dos temas, deixando de agregar outros elementos; a dificuldade de comunicação do grupo, que impede um planejamento sistemático e contínuo, capaz de definir melhor a execução do ensino, e por fim, a indefinição de critérios, objetivos e *feedback* da avaliação.

Garanhani *et al* (2013), mostraram em seus estudos que os professores passaram por muitas dificuldades no processo de implantação de um currículo integrado. Complementando, Bagnato (2012) afirma que os docentes precisam se sentir participantes da proposta do currículo integrado, e isso envolve os saberes e os conceitos que se manifestam através da reinterpretação e recontextualização da proposta curricular.

Harden (2000), reforça que para a integração acontecer, existe a necessidade de uma grande comunicação entre os professores envolvidos, das áreas de conhecimento, dos alunos e das experiências vivenciadas, para que se possam ultrapassar as barreiras que vão surgindo no delinear da rota.

Mesmo com muitos desafios a serem superados para chegarem à integração, o grupo se mostrou consciente das falhas e encarou o momento como um choque de realidade. Eles concluíram que a evolução depende deles, que algumas ações do módulo precisam ser prioritárias dentre as atividades acadêmicas que exercem e se dispuseram a melhorar a comunicação entre o grupo em busca de uma articulação mais efetiva.

#### 4.2.3 Etapa 3: Contribuições a partir dos Círculos de Cultura

Finalizando a análise, este tópico traz os relatos dos docentes a respeito das contribuições do Círculo de Cultura para os módulos. Acreditando na proposta do Círculo de Cultura de Paulo Freire, onde sujeitos com interesses comuns se unem para construir uma percepção mais profunda da realidade e elaboram coletivamente estratégias concretas de intervenção. Os docentes avaliaram positivamente a realização do círculo de cultura.

A denominação de círculo culmina porque todos estão em volta de uma equipe de trabalho, com um animador de debates, que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo. A maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo. É de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Surgiram a partir dos relatos, duas categorias de análise, que refletem bem os objetivos dos Círculos de Cultura, “Reflexão” e “Ação”.

As falas referentes à “reflexão” mostram como o momento foi proveitoso para repensar as dificuldades enfrentadas ao longo da trajetória docente em um curso diferenciado. Os docentes puderam analisar, discutir e construir a partir de um paradigma construído coletivamente, como pode-se perceber nos discursos abaixo:

Nos fez refletir várias questões aqui do módulo e de como a gente observa e como a gente vê esses acontecimentos aqui no módulo, entre os módulos e no curso (Jucurutu).

Forneceu um pouco da auto-análise do grupo, de pensar novas possibilidades, outras possibilidades. E aí eu acho que esse círculo propiciou, pra mim pelo menos, essa potência desse grupo, da gente sempre estar tentando melhorar nossas práticas, alimentando o que a gente está fazendo, tentando melhorar. Eu acho que a gente está tentando fazer isso junto, coletivamente (Corujinha-relógio).

Eu acho que assim, que pra mim funcionou como um espelho, pra gente começar a se olhar e se questionar e de repente dar mais seguimento nesses encontros, de forma mais autônoma, sem a sua presença, mas é isso, eu acho que é o momento de a gente parar e se olhar e se pensar (Corujinha-sapo).

Eu penso que ajuda a gente a pensar, parar e pensar o que a gente precisa avançar mais, do que a gente avançou. E visitar a história do módulo, que às vezes a gente fica assim, perde essa noção, só vê o momento atual, e obriga também, nos obrigou a sentar juntos os quatro, porque a gente tem essa dificuldade, acabou obrigando isso a acontecer e acho que é isso (Corujinha-relógio).

Diferentemente de muitas reuniões, eu mesmo estou me sentindo crítico, reflexivo e construtivo e não abstraí tantas situações reais que vivenciamos como docentes. Acredito que o círculo de cultura conseguiu ser objetivo na sua meta e crítico construtivo (Mocho-dos-banhados).

Os Círculos de Cultura traz resultados positivos quando realizado em encontros que envolvam pessoas ou grupos de pessoas que se dedicam ao trabalho didático-pedagógico ou a outras vivências culturais e educacionais, pautados no processo de ensino e de aprendizagem. O círculo favorece o diálogo, a participação, o respeito e o trabalho em grupo. (LINHARES; PONTES; OSÓRIO, 2014).

Além da contribuição nos aspectos reflexivos, as falas também mostraram a capacidade do círculo de desencadear ações. Neste momento os conhecimentos, discursos, reflexões e sistematizações extrapolam os círculos e trazem benefícios ainda maiores, que podem ser concretizados em momentos posteriores. A categoria “ação” pode ser exemplificada pelas falas a seguir:

Eu gostei, eu acho que a gente precisa de momentos assim até pra gente conseguir andar juntos a gente também precisa estar em harmonia, precisa se conhecer. Esse momento está sendo ótimo, se pudessem acontecer mais vezes(...) eu vou dizer que eu fiquei com mais dúvidas, mais angústias (Caburé).

Eu estou aqui até anotando tudo para levar para a reunião de colegiado. Aqui tem uma lista de coisas que surgiram a partir da nossa conversa, que vou levar já para discutir em outro momento, em outro tipo de reunião, e que é fundamental para que a gente chegue num ponto onde essa questão da integração não seja uma dificuldade. Se tudo aqui que anotei, a gente consegue discutir e levar isso, então a gente está levando o objetivo do círculo de cultura não só para esse módulo, a gente já consegue expandir ele para o curso como um todo (Corujinha-do-sul).

Eu acho que podia ser um instrumento que a gente podia continuar usando né? Colocar dentro da nossa programação, achei muito bom (Caburé-acanelado).

Para Dalmolin *et al* (2016), o círculo de cultura proporciona aos participantes um momento de ação-reflexão-ação e empoderamento sobre suas práticas profissionais. No caso deste grupo de professores, o círculo permitiu que: construíssem seus próprios conhecimentos, fossem desafiados a expor suas verdades, reconhecessem suas fragilidades, repensassem seus planejamentos, revisassem ações já realizadas, e pensassem coletivamente em soluções e caminhos para um ensino integrado.

Acreditar que os momentos de encontro do grupo sempre serão proveitosos é um passo importante para o sucesso da integração e as dúvidas, angústias e indefinições funcionam como sentimentos disparadores de novos conhecimentos. Para Menezes Junior e Bzrezinski (2015), atuar hoje na docência em cursos de Medicina, constitui uma revisão de conceitos e conhecimento dos seus valores, implica ao profissional a disponibilidade de mudança, a fim de se tornar o mediador, o facilitador de um processo de ensinagem, que poderá provocar transformações na formação de futuros profissionais na área de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil foram vivenciadas mudanças no contexto de saúde que marcaram as últimas décadas. A consolidação do Sistema Único de Saúde, no qual a saúde passa a ser encarada como um direito universal, marcou o início de uma era de transformações nas escolas médicas.

Políticas públicas para mudanças curriculares nos cursos de medicina foram criadas, como é o exemplo do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (Promed). Programas como esse visavam novos formatos de escolas médicas para um novo sistema de saúde. Conjuntamente às novas políticas deu-se a expansão da Atenção Primária em Saúde, que ampliou a cobertura e oferta de serviços nos níveis básicos de assistência, em sistemas públicos de saúde, gerando um aumento na demanda de cursos de graduação capazes de formar profissionais aptos para atuarem nesse nível de atenção.

Como marco legal para as novas regulamentações em torno da formação médica, destacam-se as novas DCN para os curso de Medicina, instituídas em 2014, que incorporaram uma visão mais complexa dos problemas e determinantes sociais da situação de saúde do país, contemplando adequadamente a atenção básica e valorizando a formação voltada para a saúde pública. Estas, estabelecem ainda que a estrutura do curso deve incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo nos alunos atitudes e valores orientados para a cidadania, indicando a formação de médico generalista capaz de assistir a população de forma integral e resolutiva, em todos os níveis de complexidade da atenção em saúde, com ações de promoção e recuperação de saúde, prevenção das doenças e atividades de educação em saúde.

As mudanças no contexto de saúde que impulsionaram novos moldes para a formação médica incluíram também reformulações curriculares que acompanhassem essas modificações, dentre elas a visão de um currículo integrado, que parte de uma ideia onde a realidade não se apresenta às pessoas de forma fragmentada, como supõe um currículo baseado em disciplinas.

A noção de integração curricular contempla ainda metodologias de ensino condizentes com o novo perfil de profissional médico e avaliações que realmente valorizem o senso crítico e a aprendizagem. Quanto às metodologias, estas devem ser centradas no aprendiz e moldadas em uma relação professor/aluno diferenciada, articuladora, e capaz de despertar a curiosidade de aprender, associada ao embasamento científico autônomo e emancipatório.

Nesse contexto, buscou-se avaliar o nível de integração de módulos do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí do *Campus* Ministro Reis Velloso, curso este, criado dentro dos novos paradigmas da formação médica, preconizando um currículo integrado e a utilização de metodologias ativas e participativas.

Foi possível concluir que este curso é composto por professores jovens, com formações diversas, uma boa titulação, porém com pouca experiência docente.

No módulo BPAD, a articulação dos professores para ensinar de forma integrada partiu de um contexto desintegrado, para uma ação de planejamento sistemático e contínuo, que resultou nas primeiras soluções para o bom andamento do módulo, mas ainda com algumas indefinições. Quanto à metodologia, as professoras relataram dificuldades para utilizar técnicas ativas, mas concordaram que combinar diferentes técnicas é mais eficaz. Em se tratando da avaliação, elas relatam um processo de construção de uma avaliação integrada, que culminou na elaboração de estratégias para montagem dos instrumentos avaliativos. No entanto, se sentem preocupadas quanto ao aprendizado efetivo dos alunos. A articulação entre os módulos ainda é algo distante, só acontece em situações pontuais. Existe uma falta de comunicação clara entre os módulos e os estudos tutoriais, que deveriam funcionar como unidades integradoras precisam passar por reformulações. As docentes relataram ainda uma preocupação de terem que reconstruir seu módulo para que este integre com os demais em algum momento do curso.

No módulo da APS, a articulação para uma integração se deu a partir do planejamento, realizado com frequência quinzenal, possibilitando a organização das unidades temáticas e a padronização de instrumentos. Foi considerado também, os múltiplos olhares a respeito do ensino médico, proveniente de professores de diversas formações. Este aspecto representou entraves, mas também potências. No que concerne às metodologias, o módulo utilizava de maneira variada as metodologias ativas e participativas, mas não sentiam o envolvimento dos alunos com os métodos. Destacaram ainda a necessidade de se apropriarem mais dos métodos através de capacitações. Quanto à avaliação, realizavam as formativas, com uma abordagem mais tradicional, e as somativas, provenientes das técnicas ativas utilizadas. No contexto da integração com outros módulos, eles conseguem enxergar a potencialidade de integração, mas as ações concretas não acontecem. Conseguem ter uma conversa com o módulo BPPS em decorrência dos professores em comum com este módulo e também relatam uma série de incoerências nos estudos tutoriais, que comprometem o objetivo destes como unidades integradoras.

O módulo BPPS também se articulou a partir do planejamento, que apesar de não ser feito de forma contínua, permitiu a reorganização dos temas e dos módulos. Essa articulação ficou comprometida pela dificuldade de comunicação. O grupo declarou que quanto às metodologias, foi possível diversificar e se mostraram dominantes das técnicas ativas e participativas. No contexto da avaliação, apareceram conflitos desde o planejamento da mesma até os critérios, objetivos e *feedback*. No entanto, relataram combinar avaliações formativas e somativas. Na integração inter módulos, parece haver uma comunicação com o módulo APS e habilidades médicas, porque estes professores participam dos módulos supracitados como colaboradores e no entanto, eles vislumbram muito potencial para integrar com outros módulos.

Avaliando o nível de integração com base na Escada de Integração de Harden, o módulo BPAD atingiu o sexto degrau, denominado partilha. A integração está sendo gradativa, mas o planejamento é realizado de maneira sistemática. Os conteúdos foram reorganizados, elas utilizam técnicas ativas de ensino e tentam constantemente avaliar de forma integrada. O grupo percebe o processo como inacabado.

O módulo da APS chegou ao quinto degrau, coordenação temporal, a integração ainda não acontece de fato. Apesar de um planejamento sistemático, algumas ações ainda não são executadas na prática; a comunicação ainda é falha; usam com frequência e variedade as metodologias ativas e participativas, mas precisam se apropriar mais das mesmas e por fim precisam repensar a avaliação, que transparece a fragmentação. Eles reconhecem que já avançaram e que possuem potencial para evoluir mais.

O nível de integração do módulo BPPS alcançou o quarto degrau, o da nidificação. Para eles é imperativo avançar na integração. Trata-se de um grupo muito rico em relação às experiências com metodologias ativas e embora tenham avançado no planejamento e organização do módulo, a execução e a avaliação precisam ser repensados. O grupo é ciente das suas fragilidades, no entanto está comprometido com a mudança de algumas condutas para avançar na integração.

Em síntese, é possível afirmar que a complexidade de um processo de integração modular e curricular, exige dos professores, atitudes críticas, reflexivas e participativas. É necessário que esses se vejam como protagonistas de um processo amplo e de caminhos sinuosos, que objetiva a formação de um médico mais humano e comprometido com a realidade social. Qualquer construção vai exigir esforço, reflexão e ajustes. Sendo assim, foi possível concluir, que o grupo de professores deste curso está errando na tentativa de acertar, mas ao mesmo tempo mantendo-se empenhado nessa árdua construção coletiva.



Por fim, os círculos de cultura realizados com esses professores, não só os motivou em busca da integração, mas possibilitou a construção de novos conhecimentos, provocou confrontos desafiadores, revelou verdades e fragilidades, promoveu a reflexão, e despertou o pensar coletivo em busca e novas soluções e novos caminhos para um ensino integrado.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* Os espaços de construção do conhecimento e a avaliação no currículo integrado do curso de enfermagem do Unifeso. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v.2, n.3, p.997-1008, jul./set. 2010.

ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Formação Médica na UFSB: O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. **Revista brasileira de educação médica**. v.39, n.1, p.123-134, 2015.

ALVES, E. M. O. S. **O Portefólio Multidisciplinar - movido através do conceito e-Portefólio - como dispositivo de integração curricular**. Contributos para o sucesso educativo. 2010. 213 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga.

ANASTASIOU, L. C. G.; ALVES L. P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 5. ed. Joinville: Univille, 2005.

\_\_\_\_\_. **Processos de ensinagem na Universidade**. 10. ed, Santa Catarina: Editora Univille, 2012.

AYRES J. R. C. *et al.* Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.37, n.3, p.455-463, 2013.

BAGNATO, M. H. Recontextualização curricular no ensino de enfermagem. **Currículo sem Fronteiras**. v. 12, n.3, p.173-89, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROWS, H. S.; TAMBLYN, R. M. **Problem-Based Learning: an approach to medical education**. New York: Springer, 1980.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BOLLELA V. R. *et al.* Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Revista de Medicina da Faculdade de Ribeirão Preto**. v.47, n.3, p.293-300, 2014a.

BOLLELA V. R. *et al.* **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde**:Aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FENPEC Editora, 2014b.

BOLLELA, V. R. *et al.* Community Based Education experience at the faculty of medicine Ribeirão Preto – University of São Paulo (FMRP-USP) – Brazil. In: TALAAT, W.; LADHANI, Z. (Org.). **Community Based Education in Health Professions: Global Perspectives**. Eastern Mediterranean: World Health Organization, v.1. Chapter 14, 2014c.

BORDENAVE, J. ; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BORGES, M. C. *et al.* Aprendizado Baseado em Problemas. **Revista de Medicina da Faculdade de Ribeirão Preto**. v. 47, n. 3, p.301-307, 2014.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**. n.4, p. 119-143, jul./ago. 2014.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde**. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**.

CARDENUTO, N. **A coruja e o bom professor**. Disponível em <<http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo=2504>> Acessado em 21 de janeiro de 2015 às 20:52.

CHIARELLA, T. *et al.* A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino- Aprendizagem na Educação Médica. **Revista brasileira de educação médica**. v.39, n.3, p.418-425, 2015.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de professores de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.18, n.1, jan./fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Formação e práticas educativas de professores de medicina: uma abordagem etnográfica. **Indagatio Didactica**. v.5, n.2, out. 2013.

DALMOLIN, I. S. *et al.* Dialogando com Freire no círculo de cultura: uma estratégia de promoção da saúde. **Revista Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 10, n.1, p.185-90, jan. 2016.

DENT ,J.; HARDEN, R. M. **A Practical Guide for Medical Teachers**. 3 ed. 2009.

DRAKE, S. M. **Planning integrated curriculum**. The call to adventure. Alexandria, Virginia: Association for Supervision and Curriculum Development, 1993.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista brasileira de educação médica**. v.39, n.1, p.143-158, 2015.

FERNANDES, D. Para uma teoria da avaliação formativa. **Revista Portuguesa de Educação**. v.19, n.2, p.21-50, 2006.

FERREIRA, R. C.; TSUJI, H.; TONHOM, S. F. R. Problem Based Learning no Internato: Há Continuidade do Processo de Ensino e Aprendizagem Ativo? **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.39, n.2, p. 276-285, 2015.

FOGARTY, R. **How to integrate the curricula**. Palatine, Illinois, IRI/Skylight Training and Publishing Inc, 1991.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FRANCISCO, A. M. *et al.* O uso de metodologias ativas para capacitar professores em avaliação formativa. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 15, n.1, p.201-208, jun. 2014.

FRANCO, E. C. D.; SOARES, A. N.; BETHONY, M. F. G. Currículo integrado no ensino superior em enfermagem: o que dizem os enfermeiros docentes. **Enfermagem em foco**. v.7, n.1, p. 33-36, 2016.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1971.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999a.

\_\_\_\_\_. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão, C.R. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense; 1999b.

\_\_\_\_\_. **Educação e atualidade Brasileira**. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire, 2001.

FRENK, J. *et al.* Health professional for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet** . v. 376, p.1923-1958, 2010.

GARANHANI, M. L. *et al.* Integrated Nursing Curriculum in Brazil: A 13-Year Experience. **Creative Education**. v.4, n.12, p.66-74, 2013.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. P. *et al.* Avaliação no Ensino Médico: o Papel do Portfólio nos Currículos Baseados em Metodologias Ativas. **Revista brasileira de educação médica**. v.34, n.3, p.390-396, 2010.

GOMES, R. *et al.* Problem Based Learning 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.

GONÇALVES, R. A. B.; GONÇALVES, R. G. Metodologias participativas na construção de saberes sobre a relação comunidade e escola. **Revista do Difere.** v. 2, n.3, p.1-18, ago. 2012.

GRANT, J. Principles of curriculum design. In: SWANWICK, T. In: **Understanding Medical Education:** Wiley-Blackwell. 2010.

HARDEN, R. M. The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation. **Medical Education.** v.34, n.7, p. 551-557, 2000.

IGLÉSIAS, A. G.; BOLLELA, V. R. Integração curricular: um desafio para os cursos de graduação da área da Saúde. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.** v.48, n.3, p.265-272, 2015.

JACOBS, H. H. **Interdisciplinary curriculum:** design and implementation. Alexandria, Virginia: Association for Supervision and Curriculum Development, 1989.

KASSAB, P. *et al.* A tragédia do ensino médico no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v. 59, n. 4, p 305-306, 2013.

LAMPERT, J. B . *et al.* Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v.33, p.19-34, 2009.

LEON, L. B.; ONÓFRIO, F. Q. Problem Based Learning na Graduação Médica: Uma Revisão da Literatura Atual. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v.39, n.4, p.614 619, 2015.

LINHARES, F. M. P; PONTES, C. M.; OSÓRIO, M. M. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** v.14, n.4, p.433-439, 2014.

LOBO, L. C. Educação Médica nos Tempos Modernos. **Revista brasileira de educação médica.** v.39, n.2, p.328-332, 2015.

LOPES, V. M. S.; SILVA, L. V. C.; OLIVEIRA, S. R. **Redes sociais e metodologias ativas no apoio ao ensino presencial.** Londrina, v. 15, n.1, p.192-200, jun. 2014.

MACHADO, J. L. M.; MACHADO, V. M.; VIEIRA, J. E. Formação e seleção de docentes para currículos inovadores na graduação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v.35, n.3, p. 326-333, 2011.

MARIANI, A. W.; PÊGO-FERNANDES, P. M. Da sala de aula para a beira do leito: a integração da ciência básica curricular no ensino da medicina. **Diagnóstico e Tratamento.** v.18, n. 4, p. 139-140, 2013.

MARTINS, C. L. S. *et al.* O uso das metodologias ativas no curso de enfermagem: uma exposição desta experiência. **Revista espaço para a saúde.** Londrina, v.1, n.1, p.245-252, 2014.

MC GRATH, V.; BACK, P.; MANAGEMENT, C. Reviewing the Evidence on How Adult Students Learn: An Examination of Knowles Model of Andragogy. **The Irish Journal of Adult and Community Education**. p.99-110, 2009.

MENEZES JUNIOR, A. S.; BZREZINSKI, I. Políticas curriculares na formação médica: aproximações e distanciamentos entre Brasil e Portugal. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 773-796, set./dez. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MITRE, S. M.I. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, 2008.

MONTEIRO, E. M. L. M; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.3, p. 397-403, mai./jun. 2010.

NORCINI, J. *et al.* Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. **Medical Teacher**. v.33, n.3, p.206-214, 2011.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista brasileira de educação médica**. v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

PAIM, J. T. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**. p.1778-1797, 2011.

PEDROSA, J.I. Iniciação às Práticas de Saúde: Bricolagem na Seleção de Conteúdos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.37, n.3, p. 408-417, 2013.

REEVE, J. Why teachers adopt a controlling motivating style toward students and how they can become more autonomy supportive. **Educational Psychologist**. Hillsdale, v.44, n. 3, p. 159-175, 2009.

REIS, F. J. C; SOUZA, C. S.; BOLLELA, V. R. Desenho Curricular para Cursos das Profissões da Saúde. **Revista de Medicina da Faculdade de Ribeirão Preto**. v.47, n.3, p.272-279, 2014.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2265-74, 2010.

ROCHA, K. F. *et al.* Aspectos desmotivadores da docência em medicina. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 15, n.1, p.185-191, jun. 2014.

ROCHA, N. H. N.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 597-615, set./dez. 2015.

- ROQUETE, F. F. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v.2, n.3, p.463-474, set./dez. 2012.
- RUSHTON, A. Formative assessment: a key to deep learning? **Medical Teacher**. v. 27, n.6, p.509-513, 2005.
- SAKAI, M. H.; LIMA, G. Z. PBL: uma visão geral do método. **Olho Mágico**, Londrina, v. 2, n. 5/6, encarte especial, nov. 1996.
- SILVA, J. F. **Avaliação na perspectiva formativa-reguladora**: Pressupostos teóricos e práticos. Porto Alegre: Medicação, 2010
- SILVA, L. M. S. *et al.* Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.784-788, dez. 2012.
- SOUSA, M. C. A. *et al.* Relato de Inovação Pedagógica na Abordagem da Ecologia Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.4, p. 597-601, 2015.
- SOUZA, P. A.; ZEFERINO, A. M. B.; ROS, M. A. Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática. **Revista brasileira de educação médica**. v.35, n.1, p.20-25, 2011.
- SOUSA-MUÑOZ, R. L. Currículo médico e o novo projeto político pedagógico. **Espaço do Currículo**. v.3, n.2, p. 601-608, mar. 2011.
- WEITZMAN, R. **Educação popular em segurança alimentar e nutricional**: uma metodologia de formação com enfoque de gênero. Belo Horizonte: Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas, 2008.
- WHO. Primary health care: now more than ever. **Geneva: World Health Organization**, 2008.
- ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1998.
- ZIMMERMANN, M. H. *et al.* Metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem: avaliação sob o olhar do monitor. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 15, n.1, p.216-226, jun. 2014.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí (UFPI) do *Campus* Ministro Reis Velloso na cidade de Parnaíba concordo em participar voluntariamente do Processo de Desenvolvimento Docente do Curso de Medicina, neste estudo intitulado: DESENVOLVIMENTO DOCENTE NA IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA EM PARNAIBA-PI de autoria da Coordenação do Curso de Medicina, sob a responsabilidade do Prof Dr José Ivo dos Santos Pedrosa tendo como objetivo: avaliar os efeitos de uma intervenção pedagógica voltada para a construção da interdisciplinaridade da matriz curricular e estratégias pedagógicas para inclusão e fortalecimento de metodologias ativas e problematizadoras por parte dos professores do curso

- (1) deverei participar das Oficinas de Capacitação Pedagógica e Círculos de Cultura, atividades propostas para serem executadas em horário comercial;
- (2) Deverei responder a um questionário eletrônico avaliativo ao final de cada atividade
- (3) Deverei participar de Grupo Focal após 1 semestre de realização das Oficinas e Círculos de Cultura
- (4) Deverei registrar no SIGAA a metodologia a ser utilizada após 1 semestre da realização das Oficinas
- (5) minhas respostas são confidenciais e apenas os dados coletivos serão divulgados em publicações em revistas científicas, sem que minha identidade seja revelada;
- (6) os pesquisadores responsáveis estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas;
- (7) minha participação neste estudo é voluntária e posso desistir a qualquer momento, sem prejuízo da minha participação nas Oficinas de Metodologias Ativas;
- (8) tenho o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- (9) não haverá despesas pessoais em qualquer fase do estudo e também não receberei auxílio financeiro relacionado à minha participação.
- (10) na pesquisa não existe riscos físicos, entretanto, poderá trazer desconforto para o participante ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incomodado em falar. Contudo o participante ao precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas na pesquisa, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.
- (11) A pesquisa poderá não haver benefícios diretos, mas os benefícios esperados estão no conhecimento gerado e produzido.

*Declaro ter lido e compreendido este termo de consentimento, onde foram informados os dados mais importantes sobre o estudo e a minha participação. Tive ampla oportunidade de fazer perguntas e recebi respostas que me satisfizeram totalmente.*

*Estou ciente de que este termo de consentimento será reproduzido em duas vias de igual teor e que uma delas ficará em meu poder e, a outra, arquivada nos documentos do projeto pelo pesquisador. Dúvidas adicionais poderão ser obtidas no Comitê de Ética, através do tel.86 33235251*

Parnaíba, , \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Pesquisador Responsável

Nome

CPF

---

Assinatura do Voluntário

Nome

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PERFIL DOCENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Graduação: \_\_\_\_\_

Ano de Término da graduação: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Área da pós-graduação: \_\_\_\_\_

IES da pós-graduação: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência docente: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## **ANEXO A - EMENTAS DOS MÓDULOS BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA**

### **Bases dos Processos de Agressão e Defesa I:**

**Créditos:** 2.4.0

**Carga Horária:** 90 horas

**Pré-Requisitos:** Bases dos processos Biológicos I

**EMENTA:** Processos de agressão defesa e proteção presentes na constituição do ser humano I: estruturais: Conceitos básicos do desenvolvimento da tecnologia do DNA, análise da clonagem gênica, estudo da função dos genes e processos biológicos, aplicações na biotecnologia e na genética humana. II: processuais: Introdução à biofísica. Biofísica dos sistemas. Biofísica celular e molecular. Biofísica das radiações e radiobiologia. Métodos biofísicos de investigação e análise

### **Bases dos Processos de Agressão e Defesa II:**

**Créditos:** 4.3.0

**Carga Horária:** 105 horas

**Pré-Requisitos:** Bases dos Processos de Agressão e Defesa I

**EMENTA:** Bases dos processos de agressão, defesa e proteção do ser humano: I: Estudo dos microorganismos em geral, enfocando principalmente as bactérias, vírus e fungos de interesse médico, sob os aspectos taxonômicos, morfológicos, biológicos, imunológico e epidemiológico e dos métodos de tratamento e de profilaxia. II. Agentes etiológicos de doenças parasitárias humanas de importância no país, no Piauí e na Região Norte do estado. Vetores e reservatórios. Os agentes etiológicos serão estudados quanto a seus aspectos taxonômicos, morfológicos, biológicos, patogênicos, epidemiológicos e de métodos diagnósticos e profiláticos. Em relação aos vetores serão focalizados aspectos sistemáticos, morfológicos, biológicos e medidas de controle.

### **Bases dos Processos de Agressão e Defesa III:**

**Créditos:** 3.3.0

**Carga Horária:** 90 horas

**Pré-Requisitos:** Bases dos Processos de Agressão e Defesa II

**EMENTA:** Processos de agressão, defesa e proteção: I: processos endógenos: Aplicação da genética médica. Base química da hereditariedade. Cariótipo humano. Aberrações

cromossômicas numéricas e estruturais. Cromossomopatias autossômicas humanas, Distúrbios clínicos dos cromossomas sexuais. Hemoglobinopatias. Erros inatos do metabolismo. Genética e Câncer. Defeitos de proteínas receptoras. Aconselhamento genético e tratamento das doenças genéticas. Estudo da estrutura química do material genético, montagem de cariótipo humano. Estudo das cromossomopatias humanas mais frequentes, as hemoglobinopatias, erros inatos do metabolismo, defeitos no metabolismo das purinas, defeitos das proteínas receptoras e defeitos do transporte de membrana. Análise de Heredograma. Bases moleculares e citológicas da hereditariedade. Genes, cromossomos e alterações cromossômicas. Citogenética humana. Padrões de Herança monogênica, variação na expressão dos genes. Herança multifatorial. II – Processos interativos: Introdução ao estudo dos processos gerais da patologia, dando ênfase ao emprego de modelos experimentais, como métodos de técnicas de aprendizagem e ensino. Funcionamento de um serviço de anatomia patológica, bem como de sua utilidade no âmbito universitário. Importância das necrópsias para o aprendizado médico, quando e porque devem ser solicitadas. Conceito dos processos inflamatórios e alterações que nele ocorrem. Reconhecimento macro e microscopicamente dos pigmentos e minerais principais.

#### **Bases dos Processos de Agressão e Defesa IV:**

**Créditos:** 3.5.0

**Carga Horária:** 120 horas

**Pré-Requisitos:** Bases dos Processos de Agressão e Defesa III

**EMENTA:** Produção de citocinas, tolerância imunológica, hipersensibilidade, imunidade dos transplantados aos agentes.

Conceito de processos reparativos e degenerativos com enfoque teórico e prático. Alterações básicas nos edemas, nas hemorragias, nas trombozes e embolias. Importância das neoplasias sua etiopatogênese e reconhecimento de critérios de malignidade.

#### **Bases dos Processos de Agressão e Defesa V:**

**Créditos:** 3.5.0

**Carga Horária:** 120 horas

**Pré-Requisitos:** Bases dos Processos de Agressão e Defesa IV

**EMENTA:** Introdução à medicina legal, perícias médicas, documentos médico-legais, psicologia e psiquiatria forense, ética médica, impeditivos médico-legais do matrimônio, investigação de paternidade, sexologia anômala.

Conceitos; ambiente de trabalho e saúde; acidentes de trabalho; anamnese ocupacional; Toxicologia ambiental e ocupacional; monitoramento clínico e epidemiológico das substâncias químicas; e, noções de Biossegurança

## **ANEXO B - EMENTAS DOS MÓDULOS BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS**

### **Bases dos Processos Psicossociais I:**

**Créditos:** 3.0.0

**Carga Horária:** 45 horas

**Pré-Requisitos:** Não tem

**EMENTA:** Ciência e sociedade. O humano entre unidade biológica e diversidade cultural. Princípios gerais de antropologia da saúde: a construção social do corpo, da enfermidade e das estratégias terapêuticas. História da ciência, métodos científicos, caracterização e instrumentalização: leitura, documentação, trabalho científico. Pesquisa em saúde. Metodologia da pesquisa científica: elaboração de projetos de pesquisa e artigos científicos.

### **Bases dos Processos Psicossociais II:**

**Créditos:** 2.0.0

**Carga Horária:** 30 horas

**Pré-Requisitos:** Não tem

**EMENTA:** História da ciência, métodos científicos, caracterização e instrumentalização: leitura, documentação, trabalho científico. Pesquisa em saúde; Testes e Medidas em pesquisa em saúde: medidas de tendência central e de dispersão; noções de probabilidade; distribuição normal; binominal; qui-quadrado; associações; intervalo de confiança. Levantamento de dados; formas de apresentação de dados Habilidades de utilização e navegação de ambientes virtuais: bases de dados científicos nacionais e internacionais

### **Bases dos Processos Psicossociais III:**

**Créditos:** 2.0.0

**Carga Horária:** 30 horas

**Pré-Requisitos:** Não tem

**EMENTA:** Processos psicossociais: as interações individuais e coletivas. As dimensões da ciência psicológica e prática médica através das determinações sociais do processo saúde-doença. O normal e o patológico

**Bases dos Processos Psicossociais IV:****Créditos:** 3.0.0**Carga Horária:** 45 horas**Pré-Requisitos:** Bases dos Processos Psicossociais III

**EMENTA:** A Entrevista Médica. Dinâmica da relação médico-paciente. Entrevistas psicológicas. Formação de grupos Balint. Interconsultas. A Medicina psicossomática. Stress. A dor, o sofrimento psicológicos e psicossocial, o luto e a morte. A relação médico-paciente em Pediatria. A relação médico paciente em ginecologia e obstetrícia. A questão da sexualidade. A relação médico paciente em cirurgia. O pré e o pós – cirúrgico. A relação do estudante de medicina consigo e com os outros.



## ANEXO C - EMENTAS DOS MÓDULOS ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### **Atenção Primária à Saúde I:**

**Créditos:** 0.4.0

**Carga Horária:** 60 horas

**Pré-Requisitos:** Não tem

**EMENTA:** Determinação social da saúde. A emergência da prática médica: aspectos teóricos e históricos. Sujeitos e as Práticas de Saúde. A complexidade da atenção e saúde comunitária. Elemento de Pesquisa em atenção básica. A situação de saúde. modelo assistencial, regionalização e municipalização de saúde, níveis de assistência. Sistemas de Saúde.

### **Atenção Primária à Saúde II:**

**Créditos:** 0.4.0

**Carga Horária:** 60 horas

**Pré-Requisitos:** Atenção Primária à Saúde I

**EMENTA:** Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos e conceituais. A organização dos sistemas de saúde e os níveis de atenção. Princípios e organização da APS. A APS no Brasil: os serviços de saúde e níveis de promoção da saúde.

### **Atenção Primária à Saúde III:**

**Créditos:** 0.4.0

**Carga Horária:** 60 horas

**Pré-Requisitos:** Atenção Primária à Saúde II

**EMENTA:**

Noções de planejamento em saúde. Avaliação e monitoramento da gestão do SUS. Gestão Participativa em Saúde. Importância do controle social - Conselhos de Saúde. Fenômenos ambientais que afetam a saúde dos seres humanos: determinantes físico-químicos, biológicas e sociais. Vigilância em saúde ambiental no nível local do território.

### **Atenção Primária à Saúde IV:**

**Créditos:** 0.4.0

**Carga Horária:** 60 horas

**Pré-Requisitos:** Atenção Primária à Saúde III

**EMENTA:** Vivência nos Serviços de Saúde do Município, principalmente nas Unidades de Saúde da Família, estabelecendo correlações entre o aprendizado teórico do curso, a situação real dos serviços de saúde e a comunidade, através de visitas domiciliares, ações de educação em saúde para indivíduos e grupos, promoção da saúde.

**Atenção Primária à Saúde V:**

**Créditos:** 0.4.0

**Carga Horária:** 60 horas

**Pré-Requisitos:** Atenção Primária à Saúde IV

**EMENTA:** Política de Saúde Mental no Brasil, Atenção Psicossocial e Psiquiatria comunitária. Noções em psiquiatria forense e legislação mental. Alcoolismo e dependência de outras drogas (PSIQUIATRIA). Dermatoses infecto-contagiosas Hanseníase. Dermatoses alérgicas e doenças parasitárias (DERMATOLOGIA). Vivência nos Serviços de Saúde do Município, principalmente nos Núcleos de Apoio à da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Testagem e Aconselhamento HIV/AIDS, e demais Programas de Saúde, estabelecendo correlações entre o aprendizado teórico do curso, a situação real dos serviços de saúde e a comunidade

**Atenção Primária à Saúde VI:**

**Créditos:** 0.4.0

**Carga Horária:** 60 horas

**Pré-Requisitos:** Atenção Primária à Saúde V

**EMENTA:** Vivência nos Serviços de Saúde do Município, principalmente nas atividades planejamento, administração e gestão da saúde. Saúde da Mulher. Incidência e prevalência de câncer feminino. Programas de Prevenção. Vivências nos Serviços de Saúde do Município, principalmente voltado política de promoção da equidade, acolhimento as populações socialmente vulneráveis (negros, índios, população de rua, população do campo e da floresta, população LGBT), estratégias de inclusão social pelo acesso e atenção integral.

**Atenção Primária à Saúde VII:**

**Créditos:** 0.4.0

**Carga Horária:** 60 horas

**Pré-Requisitos:** Atenção Primária à Saúde VI

**EMENTA:** Saúde da criança no território, assistência integral à saúde da criança e do adolescente. Higiene e prevenção de acidentes na infância. Crescimento e desenvolvimento infantil. Exames Laboratoriais.

**Atenção Primária à Saúde VIII:**

**Créditos:** 0.4.0

**Carga Horária:** 60 horas

**Pré-Requisitos:** Atenção Primária à Saúde VII

**EMENTA:** Saúde do Idoso: programas de prevenção e promoção da saúde na AB. Prevenção de acidentes, vacinação do idoso, estatuto do idoso. Saúde do Homem.

## ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O desenvolvimento docente no processo de implantação do curso de medicina em Parnaíba-PI

**Pesquisador:** JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 46520415.7.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** UFPI - Campus Ministro Reis Velloso

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.197.642

#### Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta uma proposta de pesquisa de mestrado, intitulada: "O desenvolvimento docente no processo de implantação do curso de medicina em Parnaíba-PI". Justifica a relevância do estudo pela necessidade da proposição de uma intervenção pedagógica voltada para a construção da interdisciplinaridade da matriz curricular e a inclusão e fortalecimento de metodologias ativas e problematizadoras por parte dos professores, no contexto de implantação do curso de Medicina no Campus de Parnaíba/PI.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver uma intervenção pedagógica no processo de implantação do Curso de Medicina em Parnaíba/PI voltada para a instrumentalização dos professores do Curso para inclusão e fortalecimento de metodologias ativas e problematizadoras e construção da interdisciplinaridade da matriz curricular.

Objetivo Secundário:

Avaliar os efeitos da intervenção pedagógica na utilização de metodologias ativas e problematizadoras por parte dos professores, na percepção dos alunos e no nível de integração alcançado entre os componentes dos módulos por meio da utilização da "escada da integração"

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.197.642

instrumento concebido por Ronald Marden (2000) que utiliza a metáfora dos degraus ascendentes de uma escada como níveis de integração: isolamento, consciência, articulação, ordenação e concatenação temporal, compartilhamento, correlação, complementaridade e multidisciplinaridade

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

"Risco subjetivo de algum docente participante sentir-se não preparado para a utilização de metodologias ativas e problematizadoras em seu cotidiano de professor mas que terá o suporte emocional e pedagógico do Núcleo Docente Estruturante do Curso".

Benefícios:

"Oportunidade de capacitação pedagógica de docentes. Instrumentalização de docentes para a utilização de metodologias ativas e problematizadoras. Promoção de maior comunicação com o corpo discente. Fortalecer a sustentabilidade do projeto de implantação do Curso de Medicina".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Caracteriza-se como pesquisa-ação de caráter qualitativa com abordagem da metodologia ativa, tendo como lócus o Curso de Medicina no Campus de Parnaíba/Piauí. O universo populacional será constituído de professores e alunos do curso supra mencionado. Dentre esse universo serão selecionados 30 professores e 40 alunos da primeira turma do Curso de medicina. Define como critérios de inclusão ser docente efetivamente contratado para o Curso de Medicina da UFPI do Campus de Parnaíba e Discentes matriculados no 2º semestre de 2014 e como critério de exclusão não ser contratado como Docente da UFPI do Curso de Medicina e aluno ingressante em 2015. Os dados serão coletados por meio da realização de Oficinas e Círculos de Cultura, grupo focal, questionário e entrevista. Metodologia de Análise de Dados: As informações numéricas serão analisadas por meio de frequências e proporções utilizando testes de confiabilidade quando necessário. As informações qualitativas que têm por base a fala das pessoas e dos grupos – o discurso – será analisado por meio da identificação de núcleos de significado, congruências e dissonâncias. As informações relativas à percepção dos sujeitos serão analisadas por meio da frequência de posições segundo escala de Likert.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A proposta apresenta os componentes básicos exigidos por uma pesquisa acadêmica, referencial teórico que dará sustentação ao estudo, bem como os aspectos éticos do estudo, cronograma e orçamento afirmando ser financiada com recursos próprios. Os objetivos estão coerentes com a

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.197.642

proposta de estudo. O coordenador é docente da UFPI com experiência na temática evidenciada e se compromete cumprir os termos da Resolução CNS nº 466/12 - e zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências. Projeto apto a ser desenvolvido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	21/04/2015 09:45:01		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_490716.pdf	21/04/2015 09:55:57		Aceito
Outros	Declaração dos pesquisadores.pdf	20/05/2015 10:06:32		Aceito
Outros	Termo de Conf..pdf	20/05/2015 10:07:10		Aceito
Outros	Carta de apresentação.pdf	20/05/2015 10:08:09		Aceito
Outros	QUESONLINECORRETO.doc	20/05/2015 10:09:01		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Jose Ivo dos Santos Pedrosa).pdf	20/05/2015 10:18:16		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_490716.pdf	25/06/2015 09:25:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Detalhado - FAIMER.pdf	05/08/2015 21:40:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefaimeraluno.doc	05/08/2015 21:42:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefaimerdocente.doc	05/08/2015 21:42:48		Aceito
Outros	Carta de Anuência.pdf	05/08/2015		Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.197.642

Outros	Carta de Anuência.pdf	21:43:27		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_490716.pdf	05/08/2015 21:47:03		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 24 de Agosto de 2015

---

**Assinado por:**  
**Adrianna de Alencar Setubal Santos**  
 (Coordenador)