

## Interação, ensino, saúde e comunidade pela perspectiva dos discentes de medicina

*Interaction, teaching, health and community from the perspective of the medical student*

*Interacción, docencia, salud y comunidad desde la perspectiva del estudiante de medicina*

Natália Mariana Diógenes Silva de Albuquerque<sup>1</sup>, Juliana Terra Ribeiro<sup>2</sup>, Tânia Inessa Martins de Resende<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médica pelo Centro Universitário de Brasília - UniCEUB. Residente em Cirurgia Geral pela SES/DF. Brasília, Distrito Federal

<sup>2</sup> Médica pelo Centro Universitário de Brasília - UniCEUB. Residente em Áreas Cirúrgicas pela SES/DF. Brasília, Distrito Federal

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia Clínica e Cultura. Docente do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB. Brasília, Distrito Federal

### RESUMO

O eixo educacional Interação, Ensino, Saúde e Comunidade tem como objetivo preparar o aluno de medicina para lidar com diferentes cenários profissionais. O estudo em questão pretende analisar, de acordo com a perspectiva do discente, a relevância das atividades desenvolvidas por esse eixo educacional na formação de médica. Assim, foram realizados 7 grupos focais, com graduandos do 2º ao 4º ano de faculdade do curso de medicina. Os primeiros seis grupos

---

#### Autor de Correspondência:

\*Natália Mariana Diógenes Silva de Albuquerque . E-mail: nmshalbuquerque@gmail.com

se concentraram em identificar o potencial e as limitações da disciplina e o último grupo em desenvolver sugestões para as limitações identificadas. A pesquisa revelou que há limitações a serem enfrentadas como a constante mudança de metodologias ativas adotadas para o eixo. Por outro lado, destacou-se a possibilidade de aplicar técnicas e desenvolver competências em diferentes cenários da prática de saúde, as quais promovem crescimento pessoal e profissional, ao mesmo tempo que fortalecem o ciclo de ensino-aprendizagem.

**Palavras-chave:** Educação Superior. Educação Médica. Educação em Saúde. Estudantes de Medicina.

## ABSTRACT

---

The educational axis Interaction, Teaching, Health, and Community aims to prepare the medical student to deal with different professional scenarios. This study aims to analyze, according to the student's perspective, the relevance of the activities developed by this education axis for the medical training. Thus, seven focus groups were formed, with students from the 2nd to the 4th year of Medical School. The first six groups focused on identifying the discipline's potential and limitations and the last group on developing suggestions for the identified limitations. The research revealed that there are limitations to be faced, such as the constant change of active methodologies adopted for the axis. On the other hand, the possibility of applying techniques and developing skills in different scenarios of health practice, which promote personal and professional growth, while strengthening the teaching-learning cycle, was highlighted.

**Keywords:** Education, Higher. Education, Medical. Health Education. Medical Students.

## RESUMEN

---

El eje educativo Interacción, Docencia, Salud y Comunidad tiene como objetivo preparar al alumno de medicina para afrontar diferentes escenarios profesionales. En ese estudio se pretende analizar, desde la perspectiva del estudiante, la relevancia de las actividades desarrolladas en este eje educativo en la formación médica. Así, se realizaron 07 grupos focales, con alumnos del 2º al 4º año de la universidad. Los primeros seis grupos se enfocaron en identificar el potencial y las limitaciones de la asignatura y el último grupo en desarrollar sugerencias para las limitaciones identificadas. La investigación reveló que existen limitaciones a enfrentar como el cambio constante de metodologías activas adoptadas para el eje. Por otro lado, se destacó la posibilidad de aplicar técnicas y desarrollar habilidades en diferentes escenarios de la práctica de la salud, que promueven el crecimiento personal y profesional, mientras fortalecen el ciclo enseñanza-aprendizaje.

**Palabras claves:** Educación Superior. Educación Médica. Educación en Salud. Estudiantes de Medicina.

## INTRODUÇÃO

Uma das formas de viabilizar a formação humanizada dos médicos generalistas, conforme propõe a Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), é pela adoção de Metodologias Ativas de ensino (MA). Diversos recursos podem ser empregados a fim de garantir uma formação com foco teórico-prático e mais humanizada dos discentes, dentre eles a inserção precoce nos diferentes cenários de saúde pública<sup>1</sup>. Essa inserção precoce perpassa a preexistência de eixos educacionais que preparem os discentes para os cenários de prática profissional. A Universidade Estadual de Londrina (UEL), por exemplo, utiliza o módulo Práticas de Interação Ensino, Serviço e Comunidade (PIN) e o módulo Práticas de Habilidades Clínicas e Atitudes.

O primeiro, módulo PIN, tem como objetivos ampliar o foco das intervenções em saúde por meio de práticas e vivências nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a formação de médicos com maior capacidade de lidar com diferentes realidades<sup>3</sup>. Essas práticas possibilitam também que o discente analise o paciente considerando a questão social, a econômica e a cultural em que o paciente está inserido.

O segundo, Práticas de Habilidades Clínicas e Atitudes, tem como proposta permitir que o aluno seja capaz de reconhecer diferentes tipos de comunicação (verbal e não verbal), e desenvolver habilidades que favoreçam a adaptação às diferentes realidades socioculturais<sup>4</sup>. Além disso, o módulo também estuda a semiologia aplicada e o desenvolvimento adequado da história clínica valorizando a sequência descritiva lógica da evolução da doença e a formação de um raciocínio clínico adequado.

A interação entre diferentes eixos educacionais no decorrer da graduação acontece de forma complementar e natural durante as atividades práticas, o que possibilita o desenvolvimento adequado das habilidades médicas, uma formação mais integrativa e um melhor desempenho dos

discentes<sup>5</sup>. Isso pode ser observado, por exemplo, durante a realização de uma das práticas PIN, a visita domiciliar.

Durante a visita domiciliar (VD) o discente tem a possibilidade de aplicar as habilidades desenvolvidas por ambos os eixos, uma vez que deve-se utilizar da semio-técnicas e dos diferentes tipos de comunicação para planejar um adequado Projeto Terapêutico Singular (PTS) e, posteriormente, aplicá-lo de forma a promover prevenção de agravos e promoção de saúde<sup>6</sup>.

Tendo em vista que a MA tem sido amplamente difundida nas escolas médicas do mundo e do Brasil e que o método preza pela inserção precoce dos discentes nos cenários de prática de saúde, foi objetivo do presente trabalho analisar, a partir da perspectiva do discente, a importância das atividades desenvolvidas pelo eixo de Interação Ensino Serviço-Comunidade na formação médica, considerando-se a interação entre o eixo de IESC e o eixo de HA.

## MÉTODO

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa transversal, qualitativa, desenvolvida em 2018, após aprovação do comitê de ética e pesquisa, CAAE 77175417.0.0000.0023, número do parecer 2.330.761, em uma faculdade de medicina privada do Distrito Federal (DF), utilizando a técnica de Grupo Focal (GF). Foram incluídos no projeto alunos matriculados no curso de medicina, cursando do 3º ao 8º semestre, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os discentes do primeiro ano foram afastados da pesquisa por realizarem, predominantemente, atividades passivas nos cenários de práticas de saúde e os alunos do internato, por não possuírem a matéria compondo a grade curricular<sup>7</sup>.

Foram realizados 7 grupos focais (GFs), com duração

média de 90 minutos e composição mínima de 6 alunos. Em um primeiro momento, foram realizados 6 grupos focais, marcados em dias e horários diferentes, cada um composto por alunos do mesmo semestre. O 7º grupo focal foi composto por discentes de diferentes semestres, do 3º ao 8º semestre, que participaram dos GFs anteriores, de forma aleatória e voluntária, e teve como objetivo obter sugestões para melhor aproveitamento do eixo. Os grupos serão denominados de forma a serem identificadas as turmas, por exemplo: grupo focal turma 2 (GFT2). O último grupo recebeu a denominação de grupo focal final (GF).

O grupo focal é uma metodologia amplamente adotada em pesquisas qualitativas e se desenvolve a partir de um planejamento prévio: presença de um moderador e de um facilitador; escolha aleatória de participantes que tenham vínculo com tema central; elaboração do roteiro norteador; presença de 4 a 10 pessoas; transcrição e análise dos dados qualitativos<sup>8</sup>.

O projeto de pesquisa original utilizou 3 categorias de perguntas semiestruturadas. A seguir, será apresentado um recorte das perguntas norteadoras previamente realizadas no projeto original.

**Tabela 1** - Perguntas norteadoras

|                                              |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Perguntas de desenvolvimento temático</b> | 1) Na sua visão de discente, quais habilidades devem ser desenvolvidas durante a graduação médica para favorecer o processo ensino-aprendizagem e a atuação profissional? |
|                                              | 2) Na sua percepção de aluno, como as atividades práticas desenvolvidas em IESC e HA refletem no seu desenvolvimento acadêmico?                                           |
|                                              | 3) Para você, qual a relação entre as atividades propostas nos eixos de IESC e HA?                                                                                        |

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa.<sup>7</sup>

Todos os GFs foram gravados, transcritos integralmente e analisados a partir da Hermenêutica de Profundidade (HP) proposta por Thompson. Esta proposta de análise de dados inclui três fases complementares: 1) análise socio-histórica; 2) análise formal; 3) interpretação/reinterpretação<sup>9</sup>.

O objetivo da primeira fase é compreender o contexto em que as formas simbólicas se desenvolvem, ou seja, o contexto em que os atores do processo estão inseridos<sup>9</sup>. A segunda fase se fundamenta na ideia de que a mensagem disseminada por um grupo social, por meio de fala, textos, gestos, deve ser analisada, uma vez que representam as crenças e padrões comuns que surgem em um determinado

grupo devido a alguma circunstância comum<sup>9</sup>. A terceira etapa tem como foco reinterpretar o que foi previamente interpretado pelos atores inseridos na pesquisa. “A interpretação implica um movimento novo de pensamento, ela procede por síntese, por construção criativa de possíveis significados”<sup>10</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Análise socio-histórica

O cenário investigativo da pesquisa é um centro

universitário, privado, que oferece ao público ensino superior há mais de 50 anos, mas que fundou o curso de medicina apenas em 2013. O curso, além de ser um dos mais novos da instituição, é o único que adota, como metodologia de ensino o ABP, os demais cursos usam o método de ensino tradicional. Dessa forma, a instituição segue em conformidade com o proposto pelas novas DCN, de maneira que vários eixos educacionais da faculdade de medicina são estruturados para direcionar o discente para uma formação mais holística do ser humano, levando em consideração as dimensões emocionais, espirituais e físicas dos indivíduos.

A implantação da MA, em um contexto educacional que adota majoritariamente a metodologia de ensino tradicional, implica em alguns desafios como adequação do espaço físico e um real conhecimento do método por parte dos docentes e da instituição de ensino.

Em alguns eixos educacionais é possível aplicar a MA de diferentes maneiras como em forma de seminários ou de TBLs, sendo esse outro desafio pontuado, uma vez que tanto o corpo docente quanto os discentes tem que estar constantemente se adaptando aos diferentes modelos propostos. Essas alterações podem provocar lacunas de conhecimentos entre as diferentes turmas. As mudanças constantes de métodos de ensino no decorrer do curso, no entanto, podem ser percebidas como uma tentativa de obter melhores resultados dos alunos.

No cenário investigativo desenvolvem-se 3 eixos educacionais principais, que preparam o discente nas dimensões teórica, técnica e humanista: eixo Tutorial, eixo HA e eixo IESC. Todos são desenvolvidos ao longo dos 4 primeiros anos da graduação e os 2 últimos eixos são os que melhor preparam os discentes para as atividades de práticas médicas dentro de cenários hospitalares e extra-hospitalares. O eixo de IESC é o único que possibilita uma interação do discente com a comunidade desde o ciclo básico, além de proporcionar ao graduando o

conhecimento de diferentes serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como CAPS, UBS, Hospital dia, entre outros.

### **Análise formal**

Os resultados qualitativos serão apresentados da seguinte maneira: possibilidades em IESC; nós críticos; mudanças possíveis. Durante as sessões, conforme propõe a HP<sup>11</sup>, já ocorrerá um diálogo entre a fundamentação teórica e as ideias extraídas dos GFs. A proposta semestral da instituição de ensino para o eixo de IESC encontra-se na tabela 2.

**Tabela 2** - Grade curricular de IESC.

| Semestre de IESC               | Tema abordado                     |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1° e 2° semestre (IESC I e II) | Princípios e funcionamento do SUS |
| 3° semestre (IESC III)         | Saúde da criança                  |
| 4° semestre (IESC IV)          | Saúde da mulher                   |
| 5° semestre (IESC V)           | Saúde do adolescente              |
| 6° semestre (IESC VI)          | Saúde do idoso                    |
| 7° semestre (IESC VII)         | Saúde do trabalhador e do homem   |
| 8° semestre (IESC VIII)        | Gestão e planejamento em saúde    |

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa<sup>7</sup>.

### **Possibilidades em IESC**

A partir do segundo ano, os discentes passam a ser divididos em 3 grupos. Cada grupo coordenado é por um docente. Todos os GFs relacionam o adequado desenvolvimento do eixo de IESC com a forma com que cada docente conduz os seus grupos. Assim, alguns semestres receberam destaque pela forma como se desenvolveram: 3° semestre (IESC III), 5° semestre (IESC V) e 6° semestre (IESC VI).

O IESC III foi caracterizado por todos os grupos como *interdisciplinar*, pois integrava os 3 eixos educacionais (IESC, HA e Tutorial); organizado, pois seguia um planejamento prévio e uniforme, sendo que todos os alunos realizaram a mesma sequência de atividades práticas propostas previamente.

*O IESC 3 foi um dos melhores IESC, porque ele foi totalmente integrado aos outros eixos (GFT3).*

O IESC VI foi considerado pelo GFT3 um dos mais proveitosos, pois a docente coordenadora estimulava os debates acerca do tema proposto.

*IESC que a gente realmente aprendeu alguma coisa. Mas é porque assim, a professora, [...] ela puxava as discussões (GFT3).*

O IESC V foi tido como o mais produtivo pelos grupos GFT4, GFT5 e GFT3, devido à organização e ao planejamento prévio das atividades destinadas ao público-alvo, o que favoreceu um maior aproveitamento do conteúdo e uma maior segurança em repassá-lo, além de ter sido percebido como o de melhor avaliação, pelo GFT5, por ter associado discussões bem fundamentadas durante os TBLs às atividades práticas previamente desenvolvidas.

*No nosso quinto semestre funcionou [...] a gente discutia os detalhes e nuances de tratar com adolescente e nas semanas seguintes, a gente ia na escola fazer as ações determinadas daquelas questões que a gente discutiu (GFT4).*

*Foi uma prova só que conseguiu finalmente juntar o que a gente viu na prática, com o que a gente viu nos TBL, com o que a gente viu em sala, na forma de casos [...] (GFT5).*

Os módulos de IESC que receberam destaque foram os que possuíam e seguiam seus cronogramas e que possibilitavam a aplicação dos conhecimentos adquiridos em discussões prévias nas atividades práticas. Essas ideias vão de encontro ao que é

apresentado por trabalhos prévios, que pontuam alguns aspectos relevantes ao docente inserido no modelo de ensino ABP, como direcionamento conteudista, apresentação prévia de um cronograma, interação discente-docente<sup>12, 13</sup>. Foi unânime que o IESC possibilita a primeira interação discente-paciente o que se coaduna com uma das propostas do eixo.

*[...] eu acho que em IESC é fantástico a gente ter um contato com as pessoas diferentes da nossa classe social. A gente vai para o hospital de uma cidade satélite, é outra realidade [...] (GFT4).*

Além disso, os GFs destacaram a importância de planejar e aplicar diferentes atividades e/ou ações de prevenção de agravos e promoção de saúde promovidas junto à comunidade assistida, afirmando que tal oportunidade favorece a aproximação com a comunidade e o vínculo com a UBS.

*[...] eu realmente gostei do IESC porque eles, ah tem que fazer a ação social e não era ação social de enganar: a gente realmente ajudou (...). A gente reuniu, a gente conseguiu apresentar na época, a gente treinou como era pra fazer [...] (GFT6).*

A inserção precoce dos discentes nos cenários de saúde bem como o desenvolvimento de ações de promoção de saúde ou de prevenção de agravos estão de acordo com o proposto pelas DCN para o curso de medicina<sup>1</sup>. Segundo Mendes<sup>14</sup> (2018, p.105), “esta interação favorece o processo ensino-aprendizagem contribuindo para a formação de profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS”.

Outro destaque do eixo é a VD que se inicia a partir do terceiro semestre, momento em que os discentes de cada trio dos 3 grupos são subdivididos em trios e cada um se torna responsável por até 3 famílias, conforme demonstrado pela tabela 3. O objetivo é que os trios planejem ações de promoção de saúde e prevenção de agravos de forma direcionada.

**Tabela 3** - Grupos populacionais destinados à VD.

| IESC | Nº de Famílias | Grupo populacional-alvo (foco principal)                                                                        |
|------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| III  | 1ª família     | <b>Saúde da criança</b><br>Acompanhar crescimento e desenvolvimento infantil.<br>Realizar prevenção de agravos. |
| IV   | 2ª família     | <b>Saúde da mulher</b><br>Acompanhar comorbidades relacionadas à saúde da mulher.                               |
| V    | 3ª família     | <b>Saúde do idoso</b><br>Acompanhar comorbidades crônicas. Identificar interações medicamentosas.               |

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa<sup>7</sup>.

No SUS, a VD ocorre por meio da ação das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), juntamente com as equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como foco ações de promoção, proteção e instituição de tratamentos adequados junto à comunidade<sup>15</sup>.

Foi unânime que as VDs possibilitam a criação de vínculo com as famílias e o desenvolvimento de habilidades, como empatia, escuta ativa, prevenção de agravos e promoção de saúde.

*A gente acompanha uma família de crianças, com bebê, já faz mais de um semestre, desde bebezinho e agora uma senhora e a gente estabelece grandes relações com essas pessoas. [...] (GFT4).*

Os GFT2, GFT3 e GFT4 ressaltaram que quando o supervisor que os acompanha possui vínculo com as UBS, as VDs têm desfechos mais favoráveis, tais como agilidade na marcação de consultas; inserção em grupos de apoio ou realização de exames de maneira mais rápida.

*Então, eu dei a sorte de pegar a agente de saúde do posto, que ela era muito organizada e ela tinha um acesso a Secretaria de Saúde conseguindo marcar exame, consulta pra paciente. [...] (GFT3).*

Após a VD ocorre a discussão dos casos e a elaboração do PTS. A problematização permite que o aluno, após a atividade prática, faça uma reflexão crítica sobre sua vivência. As discussões, realizadas em sala de aula, a partir de um dos problemas identificados nos lares têm por finalidade gerar soluções que minimizem ou sanem tais problemas. Para os GFT4 e GFT5, tanto a problematização quanto a elaboração dos relatórios e os debates realizados em sala de aula com os docentes possibilitam uma melhor contextualização de cada família acompanhada, o que favorece melhores intervenções.

*Você tem dúvida sobre alguma coisa, sobre alguma política, você procura, você fundamenta seu relatório, e quando você faz isso, é um aprendizado (GFT4).*

O PTS serve de apoio para as equipes do NASF e da ESF a fim de garantir um cuidado amplo e integral conforme a necessidade do usuário (BRASIL, 2010, p.15)<sup>15</sup>

*A ideia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas.*

A formulação do PTS, no SUS, ocorre após debate entre a equipe multidisciplinar, a partir dos problemas identificados durante a VD. Na instituição de ensino, desde a adoção do TBL, os alunos escolhem determinados problemas identificados durante as VDs e o apresentam para a turma, que debate as possíveis intervenções. Considerando que o TBL permite que haja um espaço para discussão dos problemas identificados em cada família, em sala de aula ele se torna um método que viabiliza, em certo grau, um debate diversificado possibilitando intervenções melhor elaboradas, por valorizar diferentes opiniões.

### **Nós críticos**

Foi unânime a percepção dos graduandos acerca da deficiência em inserir os alunos nas atividades práticas de atendimento médico e no planejamento de ações de saúde, de forma que em diversos momentos os discentes relatam assumir uma posição passiva por não serem inseridos, pelos membros das equipes de saúde, nas atividades que estavam acompanhando. Essa situação se contrapõe à proposta da MA, a qual propõe uma atitude ativa dos discentes durante as atividades, de maneira que ocorram discussões e reflexões das condutas que são tomadas.

*No posto de saúde, o que que a gente fez?! Eu fiquei lá vendo as mulheres darem vacina e o bebê chorar... eu mesmo não fiz nada! (GFT2).*

*[...]A gente tá indo lá pra ser passivo, pra assistir consulta de médico e isso não contribui em nada (GFT4).*

O trabalho desenvolvido na UEL evidencia a importância dos profissionais da rede pública no processo de formação dos discentes e, ao mesmo tempo, a necessidade das instituições e serviços extra-hospitalares assumirem o papel de corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais. Outra necessidade apontada no estudo é a escolha dos docentes para o módulo, os quais

devem receber capacitação adequada, por parte das instituições, para conseguirem se adaptar aos diversos tipos de cenários ensino-aprendizagem nos quais os discentes são inseridos<sup>3</sup>.

Os graduandos relataram mudanças constantes na metodologia de ensino do eixo e pontuaram que isso causa frustração e desmotivação. Algumas turmas vivenciaram até 3 tipos de metodologias distintas no módulo: aula expositiva, seminários, problematização e, desde 2017, o TBL. Os grupos observaram que os próprios docentes apresentavam dificuldade de adaptação aos diferentes métodos de ensino, não conseguindo aplicá-los de forma satisfatória e nem orientar os discentes.

*[...] depois que entrou o novo coordenador, ele tava fazendo uma mistura das teorias das metodologias ativas. Ele usa as duas coisas no eixo do IESC, ele tenta problematizar, depois a gente tenta discutir algumas vezes o que a gente viu nas nossas famílias, e depois baseado em problema que seria o TBL[...] (GFT3).*

Para os GFT5, GFT3, GFT2 e GFT7, uma das principais questões do TBL para o graduando é a falta de direcionamento quanto ao que é imprescindível conhecer de cada conteúdo.

*O professor fala, ah é TBL, pega e se vira, entendeu? Tem coisas que eles têm que dar uma orientação, tem coisas que a gente tem dúvidas e que eles precisam ajudar a gente. (GFT2).*

Os alunos também pontuaram a ausência de um roteiro de estudo que os norteasse quanto aos temas imprescindíveis a serem abordados em cada discussão ao longo do semestre.

*Assim, se eles pelo menos passassem um roteiro de estudo, entendeu? Ou no seminário delimitasse os objetivos, ia ajudar bastante [...] (GFT3).*

A falta de orientação prévia do cronograma está em discordância com a primeira etapa de funcionamento

do TBL, que ocorre a partir de “atividades definidas pelo professor com antecedência”<sup>11</sup>. Além disso, deve-se lembrar que o papel do docente é de facilitador do processo de aprendizagem.

Ao final do semestre, após a entrega dos portfólios, realizados a partir da descrição e reflexão das atividades práticas, os discentes têm a oportunidade de fazer a avaliação do semestre, destacando o que consideraram negativo e positivo e sugerindo melhorias para o semestre seguinte. Os alunos relatam, entretanto, que alguns docentes desconsideram as reclamações e propostas sugeridas e que isso faz com que os erros se perpetuem ao longo dos anos.

*E no final de cada semestre a gente fez uma avaliação do semestre, todo mundo reclamou de tudo que estava errado [...] no segundo semestre estava a mesma coisa. Não mudou absolutamente nada (GFT5).*

Os GFT2 e GFT5 salientaram que as atividades realizadas dentro de um mesmo cenário de saúde foram completamente destoantes entre os subgrupos de uma mesma turma. De forma que alguns subgrupos aplicavam conhecimentos de semio-técnica durante as atividades práticas em UBS ou na VD, e outros ficavam restritos apenas ao planejamento de atividades com a população porque, segundo o coordenador, eles não poderiam realizar atividades diretas com os usuários do SUS, tais como aferir pressão arterial, realizar ausculta, checar medicações...

*As atividades são muito despadronizadas. Por exemplo: um dos grupos ficou um semestre inteiro fazendo a visita com anamnese completa, realizando exame físico e encaminhando os pacientes para médicos especialista; já o meu grupo não podia tocar nos pacientes, porque segundo o coordenador essa não era a função da gente ali. Ele só deixava a gente coletar a história e só! (GFT2)*

*Como é que você vai construir um conhecimento com uma turma, se cada grupo faz uma coisa completamente diferente? (GFT5).*

Essa assimetria dentro de uma mesma turma é um fator limitante do processo ensino-aprendizagem. “Segundo os acadêmicos, esse ponto poderia ser melhorado se os preceptores conhecessem melhor sua função, o que padronizaria as atividades”<sup>16</sup>.

Os GFT2, GFT3 e GFT4 apontam que durante o 4º ano da graduação passam a ser mais atuantes nos cenários de HA, realizando consultas e discutindo condutas com os preceptores e, dessa forma, questionam sua participação nas atividades práticas de IESC. Dessa forma, a atuação nos cenários de IESC que ocorrem de forma passiva e observacional passa a ser questionada, já que destoam da forma de atuação dos discentes dentro dos cenários hospitalares:

*o sétimo semestre a gente tá atendendo já no hospital, colocavam a gente no consultório pra ficar vendo consulta (em IESC) (GFT4).*

Outra limitação apontada (GFT2 e GFT5) foi conhecer apenas as funções desempenhadas pelos agentes comunitários de saúde, em detrimento da atuação de outros profissionais, inclusive do médico da família e comunidade.

*“A gente não vê o papel do médico, a gente só vê o ACS” (GFT 2).*

Além disso, os discentes ressaltaram a desorganização na marcação das VDs afirmando que muitas vezes as VDs não são previamente confirmadas com as famílias e que, mais de uma vez, as visitas foram marcadas em dias não compatíveis com os dias em que os alunos estavam escalados para ir à UBS. Conforme discutido acima, a proposta central da VD é o atendimento e acompanhamento da família em local de moradia de forma a funcionar como aproximação de profissionais e comunidade, valorizando as dimensões do sujeito<sup>17</sup>. Nesse sentido, cabe ressaltar que a falta de comunicação efetiva entre os estudantes e as equipes de ESF dificulta o seguimento adequado do paciente.

### ***Mudanças possíveis***

O objetivo do GF foi desenvolver, a partir das limitações expostas previamente, propostas de melhorias. Assim, em conformidade com a MA,

o estudante nessa sessão exerceu um papel ativo e crítico diante da própria realidade buscando soluções, conforme tabela 4.

**Tabela 4** - Propostas e sugestões dos discente frente aos nós críticos observados.

| Nó crítico                                                                                                                                   | Sugestão                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Má instrução quanto ao que deve ser estudado com maior profundidade.                                                                         | Organizar o eixo de modo que antes de cada discussão sejam discriminados os objetivos que deverão ser estudados.                                                                                                        |
| Temas repetitivos ao longo do primeiro ano de graduação, porém sem aprofundamento dos conteúdos.                                             | 1) Integração dos conteúdos do primeiro ano em um único semestre ou 2) aprofundamento das discussões sobre as políticas públicas, de forma gradual e direcionada, focando nos pontos mais relevantes.                   |
| Despreparo dos discentes para atuação nos diferentes cenários de prática, inclusive para a adequada atuação durante uma VD e preparo do PTS. | Organizar aulas teóricas que direcionem e preparem os discentes para as atividades práticas subsequentes, incluindo preparo e aplicação do PTS.                                                                         |
| Discrepância na atuação dos docentes do eixo de IESC ao longo dos semestres.                                                                 | Treinar o corpo docente de IESC a contratar profissionais que entendam os assuntos que são abordados em cada semestre e que compreendam como o eixo deve se desenvolver ao longo dos 4 anos.                            |
| Dificuldade na aplicação dos conhecimentos aprendidos em outros eixos educacionais durante atividades práticas.                              | Estimular a aplicação de todos os conhecimentos adquiridos por meio dos diferentes eixos durante as atividades práticas favorecendo, assim, a consolidação dos conhecimentos e desenvolvimento das habilidades médicas. |

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa<sup>7</sup>.

### **Interpretação e reinterpretação**

Conforme preconizado pela HP, nessa etapa os símbolos e as ideias já interpretados serão reinterpretados pelas autoras ocorrendo, dessa forma, uma reconstrução crítica dos fenômenos analisados.

#### ***IESC e a formação médica integral***

A maioria dos grupos consideram que o IESC viabiliza tanto o primeiro contato do aluno

com os diferentes cenários de saúde quanto o desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades médicas humanizadas. Essas atividades estão em consonância com uma das propostas das DCN que sugere a inserção do discente, nas primeiras séries da graduação, em diferentes cenários de saúde<sup>1</sup>.

A diretriz também pontua a importância da graduação “promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas,

psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais” (BRASIL, 2014, Artigo 29)<sup>1</sup>.

Apesar da interdisciplinaridade ser considerada importante pelos grupos, discentes do GFT5 pontuaram que foram impedidos por seus supervisores de realizar exames físicos durante as VDs, sob a justificativa de ser essa uma atividade de exclusiva para coleta de anamnese. A crítica restrita a um dos subgrupos do GFT5 sugere que o ocorrido se deu por opção de um dos docentes que coordenava naquele semestre. O fato revela fragilidades do método como a falta de preparo de alguns docentes no que tange às atividades da VD; a heterogeneidade entre turmas e entre subgrupos; a ausência de conhecimento, por parte dos supervisores, do papel dos discentes dentro de cada atividade prática.

Algumas literaturas destacam que o preparo adequado do docente depende de um empenho conjunto entre corpo docente e instituição de ensino, além do preparo individual do professor, e destacam a importância da boa relação entre docentes e discentes para que haja uma adequada construção do conhecimento e para que o graduando tenha espaço para participar ativamente das atividades sugeridas<sup>1, 12, 18</sup>.

Nesse ponto, vale a pena ressaltar que, dentro da MA, professor é todo aquele que se dispõe a ensinar e transmitir o conhecimento. Portanto, todos os supervisores se enquadram nesse papel. Gil<sup>3</sup> traz como reflexão não apenas a importância do preparo adequado do docente, como apontado pelos estudos acima, mas a necessidade das instituições de saúde que recebem os alunos entenderem o método, de forma a assumir um papel de corresponsáveis na construção do conhecimento dos discentes.

Com relação aos conteúdos trabalhados semestralmente, os discentes de diferentes semestres de graduação consideraram que durante o primeiro ano eles foram superficiais e repetitivos. Essa ideia se contrapõe à proposta do ABP de ter

um conhecimento que se repete, porém de maneira mais aprofundada, o que é denominado de ensino em espiral construtiva<sup>19</sup>.

Um nó crítico levantado por todos os grupos foi a ausência de um roteiro prévio que delimitasse o objetivo principal das atividades práticas que são desenvolvidas a partir do segundo ano. Essa é uma constatação frequente entre discentes inseridos na MA, sendo frequentemente sugerido ao docente não apenas um preparo prévio, mas um conhecimento aprofundado sobre a metodologia<sup>12</sup>.

Durante o ciclo clínico, 3º e 4º anos de graduação, os discentes passam a realizar atendimento supervisionado em ambiente hospitalar, por meio do eixo de HA. Isso justifica a sensação de passividade e “perda de tempo” durante as atividades de IESC, tendo em vista que o discente apenas observa os atendimentos realizados sem ter a oportunidade de discutir, com os próprios profissionais, as condutas adotadas.

Desde 2017, o TBL vem sendo usado como o método de ensino do eixo. As mudanças de metodologia que precederam o TBL podem ser interpretadas como uma tentativa do corpo docente, e da instituição de ensino, em sanar prováveis problemas identificados no processo ensino-aprendizado. Uma melhoria citada pelos GFs, que ocorreu após adoção do TBL, foi uma melhor elaboração do PTS, o qual tinha como nó crítico a adequada elaboração e execução. O TBL fomenta um espaço para debater o problema central do paciente/família, previamente identificado durante a VD, e a partir de ideias e sugestões é possível formular um PTS de fato singular.

A elaboração do PTS se desenvolve em 5 etapas: diagnóstico; metas; divisão de responsabilidades; reavaliação e nome dos participantes e a data<sup>20</sup>. Destas, a única etapa seguida na íntegra pelos grupos é o diagnóstico. Nesse sentido, a “angústia” percebida na fala dos discentes com relação à construção do PTS torna-se válida, uma vez que não

houve consolidação ao longo dos anos de graduação de cada etapa que deve ser seguida.

## CONCLUSÕES

Os discentes reconhecem a importância do eixo de IESC para uma formação mais humanizada. Os principais nós críticos indicados pelos GFs dizem respeito ao real entendimento sobre o que é a MA e sobre qual o papel de cada agente (docente, discente e instituição) dentro do processo ensino-aprendizagem. Sendo assim, as principais mudanças seriam direcionadas ao melhor preparo de toda a equipe (instituições de ensino e de saúde e do corpo docente) acerca do método, o que resultaria em uma orientação mais qualificada aos discentes e culminaria em um melhor aproveitamento dos conteúdos e das atividades práticas.

## REFERÊNCIAS

Ministério da Educação (Brasil). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. RESOLUÇÃO Nº 3. Diário Oficial da União. Seção 1, p.8-11. Brasília, 20 junho de 2014 [Internet]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)

Mattar J, Aguiar APS. Metodologias Ativas: Aprendizagem Baseada Em Problemas, Problemática e Método do Caso. Br J Ed, Tech Soc. 2018; 11 (3):404-415.

Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. Rev Bras Educ Med. [online] 2008; 32(2):230-239. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000200011>.

Silva LA, Muhl C, Moliani MM. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de medicina. Psicol Argum. 2015; 33(80):298-309.

Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. Interface. Botucatu. 2017; 21(60):177-88.

Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil Cad Saúde Pública. [online]. 2009; 25(5):1103-1112. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>.

Albuquerque NMDS, Ribeiro JT, Resende TIM. Análise comparativa sobre a percepção dos estudantes de medicina acerca do impacto das disciplinas IESC e HA no contexto de atividades práticas durante a graduação. Programa de Iniciação Científica-PIC/UniCEUB-Relatórios de Pesquisa, Brasília, 2018; 3(1). <http://dx.doi.org/10.5102/pic.n3.2017.5825>.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia. 2002; 12 (24):149-161.

Prediger RP, Scherer L, Allebrandt SL. Hermenêutica de profundidade e suas possibilidades metodológicas: um levantamento bibliométrico da produção científica com essa metodologia. Rev. Contrib Cien Soc. Espanha. 2018. Disponível em <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/01/hermeneutica-produccion-cientifica.html>

Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Vozes. Petrópolis, RJ, 1995.

Bollela VR, Senger MH, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. Medicina (Ribeirão Preto Online). 2014; 47(3):293-300. [acesso em 15 fev 2020]. Disponível em : <https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/2017/10/aprendizagem-baseada-em-equipes-da-teoria-a-pratica.pdf>

Belfor JA, Sena IS, Silva DKB, Lopes BRS, Koga Júnior M, Santos BEF. Competências pedagógicas docentes sob a percepção de alunos de medicina de universidade da Amazônia brasileira. Ciênc & Saúde Col. 2018. [acesso em 9 jan 2020]. 23:73-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0073.pdf>

Costa NMSC, Cardoso CGLV, Costa DC. Concepções sobre o Bom Professor de Medicina. Rev Bras Educ Méd. 2012; 36(4):499-505. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000600008>

Mendes TMC, Bezerra HS, Carvalho YM, Silva LG, Souza CMCL, Andrade FB. Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. *Rev Ciênc Plur*. 2018 jul 6; 4(1):98-116.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Normas e manuais técnicos. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Brasília, Caderno de atenção básica n. 27, 2010 [acesso 4 jan 2020]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernosab/abcad27.pdf>

Santos BEF, Sena IS, Alves CP, Batista NA, Nazina MTST, Moraes LSS. Avaliação discente sobre interação ensino, serviços e comunidade em equipes de saúde integradas ao programa mais médicos em estado da Amazônia. *Tempus - Actas de Saúde Colet*. 2015; 9(4):123-136.

Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psic Saúde Doenças*. 2017 jan 3; 18(1):170-185.

Almeida EG, Batista NA. Desempenho docente no contexto PBL: essência para aprendizagem e formação médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2013 fev 26; 37(2):192-201.

Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface*. Botucatu. 2017; 21(61):421-34.

Cunha GT, Campos GWS. A construção da clínica ampliada na atenção básica. [Dissertação-mestrado] - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2004.