

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

GABRIEL CUÉLLAR OLIVEIRA

**IMPRESSÕES SOBRE O CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS:
UMA NARRATIVA CRÍTICO-REFLEXIVA**

São Carlos, SP

2021

GABRIEL CUÉLLAR OLIVEIRA

**IMPRESSÕES SOBRE O CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS:
UMA NARRATIVA CRÍTICO-REFLEXIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do
Departamento de Medicina da Universidade
Federal de São Carlos como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Médico.

Orientadora: Profa. Dra. Lucimar Retto da
Silva de Avó

São Carlos, SP

2021

AGRADECIMENTOS

Impossível encerrar o curso sem começar agradecendo a minha família, que foi o meu suporte nos momentos mais difíceis e com os quais pude comemorar os momentos alegres ao longo desta trajetória.

À minha mãe, Andréa, que sempre me incentivou a seguir o meu sonho de ser médico. Obrigado pela sua sensibilidade em saber quando reconfortar, mas sem perder a rigidez quando foi necessário. Agradeço por não ter desistido do meu sonho, mesmo quando eu já estava totalmente resignado, e por me mostrar o verdadeiro significado do amor incondicional.

Ao meu pai, Ronald, que sempre se manteve próximo, apesar da distância física. Obrigado por ser (talvez inconscientemente) o meu primeiro modelo de ética médica e por me ensinar que a “medicina não é ciência exata”, mas que alguns milímetros no ECG mudam o diagnóstico.

À minha irmã Bruna, minha melhor amiga, receptora de desabafos e revisora (extra) oficial de trabalhos, você esteve sempre presente quando precisei e me mostrou que Belo-Horizonte fica do lado de São Carlos.

Aos amigos que me acolheram quando cheguei em Piracicaba e que por feliz coincidência do destino continuaram fazendo parte da minha vida aqui em São Carlos. Agradeço nominalmente aos que moraram comigo: Matheus, Flávio, Gabriel, Guilherme, Victor, Samuel. Vocês trouxeram a leveza e bom humor necessários para encarar a graduação.

À minha orientadora, Profa. Lucimar, que foi sempre solícita, paciente e colaborativa quando precisei, sendo também uma excelente facilitadora com a qual tive o prazer de realizar as discussões de Situações-Problema.

À todos os colegas da medicina UFSCar com os quais participei de grupos de SP, ES e RP, mas em especial aos da Prática Profissional. Impossível a formação em um curso PBL sem o trabalho em conjunto e apoio mútuo.

Aos diversos docentes e preceptores verdadeiramente comprometidos com o ensino na Medicina UFSCar. Vocês são os grandes responsáveis por manter a excelência deste curso, apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACC	Atividade Curricular Complementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ES	Estação de Simulação
MFC	Medicina da Família e Comunidade
PBL	<i>Problem-Based Learning</i> (Aprendizagem Baseada em Problemas)
PP	Prática Profissional
PPP	Projeto Político Pedagógico
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RP	Reflexão da Prática
SAI	Saúde do Adulto e do Idoso
SCr	Saúde da Criança
SFC	Saúde da Família e Comunidade
SiSU	Sistema de Seleção Unificada
SMu	Saúde da Mulher
SP	Situação-Problema
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade de Saúde da Família
USS	Unidade de Simulação em Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	Características do curso de medicina da UFSCar	7
2	DISCUSSÃO.....	9
2.1	Ciclo I	9
2.2	Ciclo II	16
2.3	Ciclo III	20
3	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS.....	25
	ANEXOS	27

“Acreditar na medicina seria o cúmulo da loucura, se não acreditar nela não fosse uma loucura maior ainda, pois desse acumular de erros surgiram ao longo do tempo muitas verdades”

(Marcel Proust)

1 INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é um instrumento obrigatório para a conclusão do curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), de acordo com o Projeto Político Pedagógico (PPP) que fundamenta o referido curso.

De acordo com o PPP, o TCC “representa uma síntese do desenvolvimento da prática profissional do estudante no Curso” (MEDICINA UFSCAR, 2007, p. 53) e sua avaliação “analisa a capacidade individual do estudante de sintetizar sua trajetória de formação, contemplando as dimensões de ensino, assistência e pesquisa” (MEDICINA UFSCAR, 2007, p. 53). Considerando estes aspectos, nota-se o caráter atípico do TCC na Medicina UFSCar, que difere da natureza primariamente científica preponderante neste tipo de produção, agregando uma carga muito mais subjetiva do que é usualmente observado.

Considerando estes aspectos, opto por realizar este trabalho no modelo de uma Narrativa Crítico-Reflexiva, tendo em vista a natureza deste formato que tem como característica geral uma descrição mais detalhada das atividades realizadas, ao mesmo tempo em que se propõe interrogar o cotidiano e estranhar as certezas (FORTUNA *et al.* 2012). Esta particularidade, única deste gênero, é o que torna este modelo ideal para este tipo de TCC, pois permite sintetizar a produção realizada ao longo do curso, por meio dos portfólios, em um verdadeiro encerramento, coerente com as vivências adquiridas ao longo do curso. Outra vantagem deste formato é que ele permite discorrer sobre os assuntos em primeira pessoa – e não poderia ser diferente – uma vez que as reflexões são centradas nas experiências do sujeito.

Deste modo, para conseguir realizar uma síntese adequada das experiências vivenciadas no curso, optei por iniciar com um breve resumo das características gerais do curso e posteriormente estruturar este trabalho de maneira cronológica, em concordância com os ciclos educacionais nos quais está estruturado o curso de medicina da UFSCar.

1.1 Características do curso de medicina da UFSCar

O curso de medicina da UFSCar está fundamentado em 3 pressupostos (MEDICINA UFSCar, 2007):

- (1) currículo orientado por competência;
- (2) integração teoria-prática;
- (3) abordagem educacional construtivista.

O currículo visa formar profissionais médicos de excelência, cujas áreas de competência são divididas em três: saúde, gestão e educação (MEDICINA UFSCar, 2007).

A integração teórico-prática se dá tanto pela adoção de estratégias educacionais próprias para este fim como pela inserção das atividades da universidade em diversos cenários da atenção à saúde (MEDICINA UFSCar, 2007), especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, a abordagem educacional construtivista, propõe uma redefinição do lugar e do papel entre o estudante e o professor, na qual o estudante adquire um papel ativo no processo de ensino-aprendizagem, em uma relação mais horizontalizada com o docente, que passa a agir como facilitador deste processo. Esta abordagem busca estimular o desenvolvimento das capacidades crítico-reflexiva do aluno e de “aprender a aprender”, saindo de um processo unidirecional de transmissão do conhecimento, para um movimento em “espiral” de construção do conhecimento, conforme esquema no ANEXO 1, retirado do Projeto Político Pedagógico do curso (MEDICINA UFSCar, 2007).

Todo este movimento está em concordância com a estratégia de Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL, derivado do inglês *Problem Based Learning*), uma metodologia ativa, de aprendizagem auto-dirigida, fundamentada em discussões realizadas em pequenos-grupos, sob a ótica de resolução de Situações-Problemas realistas, de maneira a estimular o raciocínio clínico, pensamento crítico e conseqüentemente a formação de profissionais aptos à resolução de problemas (SERVANT-MIKLOS, 2018).

Para atingir tais objetivos, o curso de medicina da UFSCar, ao longo dos seus 6 anos de duração, organiza-se em 3 ciclos educacionais, cada um com 2 anos de duração. De modo geral, as atividades do curso são divididas em:

- Unidade de Simulação da Prática Profissional: que por sua vez subdivide-se nas atividades de Estações de Simulação da Prática Profissional (ES) e Situações-Problema (SP).

- Unidade Educacional da Prática Profissional: desenvolvidas em cenários reais e cujas atividades subdividem-se na Prática Profissional (PP) e Reflexão da Prática (RP).

- Unidade Educacional Eletiva: atividades complementares nas quais o estudante elabora um plano de ensino a partir de suas necessidades educacionais, à luz do perfil de competência, podendo desenvolvê-lo dentro ou fora da universidade. Este plano é elaborado com apoio de um professor-orientador e deve ser aprovado pelo Conselho de Coordenação. (MEDICINA UFSCar, 2017)

As Estações de Simulação (ES) consistem basicamente em atividades supervisionadas de simulação de atendimentos, por vezes utilizando-se de pacientes atores, realizadas na Unidade de Simulação em Saúde (USS).

As Situações-Problema (SP) são atividades que ocorrem no formato de discussões em pequenos grupos, partindo de casos que contém disparadores da aprendizagem que visam estimular os alunos na sua construção do conhecimento. Dividem-se em 2 momentos, sendo o primeiro de síntese-provisória, onde os próprios alunos elaboram hipóteses e questões de aprendizagem sobre os temas disparadores, e a nova-síntese, no qual após estudo auto-dirigido os estudantes rediscutem os temas, norteados pelas hipóteses e questões previamente elaboradas.

As atividades da Prática Profissional (PP) consistem em atividades educacionais que ocorrem nos cenários reais de trabalho médico. Estas ocorrem em sua totalidade em serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os casos reais encontrados na PP servem como disparadores das atividades de Reflexão da Prática (RP), discussões que permitem a construção do conhecimento e o aprendizado, qualificando as ações realizadas nas atividades práticas. O ANEXO 2 resume a estrutura curricular do curso de medicina da UFSCar.

2 DISCUSSÃO

2.1 Ciclo I

De acordo com a estruturação do curso previamente explicada, este ciclo organiza-se principalmente nas atividades de SP, ES e PP/RP, entretanto, nas primeiras semanas do início do primeiro ano letivo as primeiras atividades que ocorrem são algumas oficinas de integração, seguidas de atividades de SP.

Na minha experiência pessoal, as primeiras SPs foram momentos de apreensão. A metodologia era totalmente desconhecida por mim, não havia tido nenhuma experiência semelhante e eu não possuía organização suficiente para lidar com assuntos amplos, sem uma bibliografia pré-selecionada. Esta impressão não foi somente minha, e considero que o curso foi certo ao prever estas dificuldades nos ingressantes que em praticamente sua totalidade vieram de um ensino médio totalmente pautado em um modelo tradicional de ensino. As primeiras atividades do curso são em sua maioria pautadas em conhecer o método: um dos preceitos mais ouvidos é o de “aprender a aprender”, processo este que permeia não só o primeiro ciclo, mas o curso como um todo.

No início, o curso também promove reflexões – por vezes no formato de rodas de conversa, por vezes através de atividades em pequenos grupos – levantando repetidas vezes o questionamento “Por quê medicina? Por quê UFSCar?”. A princípio, confesso não ter entendido a insistência nestes assuntos reflexivos e discussões que por vezes chegavam a ser maçantes. Hoje entendo que este tempo é necessário para a adequação de todos os alunos, não só à metodologia, mas ao ‘funcionamento’ deste curso tão peculiar que é a Medicina UFSCar.

É claro que este processo também me permitiu refletir sobre a minha escolha da carreira médica. A pergunta “Por quê UFSCar?”, no meu caso, sempre teve uma resposta bastante pragmática. Eram basicamente os seguintes pontos:

1. Por ser uma Universidade Federal (e, portanto, gratuita) renomada no Estado de São Paulo, o que me permitiria morar próximo à Piracicaba-SP onde reside minha família,
2. Devido ao fato da medicina UFSCar à época já ser um curso bem avaliado por diversos rankings universitários, e

3. Pelo simples fato de minha nota no ENEM ser suficiente para ingressar neste curso, cujo acesso era via SiSU.

Confesso que no meu caso, a pergunta “Por quê medicina?” nunca teve uma resposta clara, pois apesar de eu ter a certeza de que queria ser médico desde a infância, nunca consegui elaborar argumentos muito complexos para sustentar esta decisão. Entretanto, provavelmente o papel idealizado do médico como um agente ‘salvador de vidas’ teve um grande impacto nesta escolha. Sendo assim, apesar de eu nunca ter verbalizado isto de maneira tão direta, neste início de graduação a resposta mais sincera a esta pergunta seria eventualmente algo tão simples e ingênuo como “para curar doenças”.

É claro que conforme ocorre a progressão do Ciclo, estas reflexões com tonalidades mais filosóficas e existencialistas vão cedendo espaço para atividades com assuntos teóricos, essenciais à prática médica. Não cabe aqui descrever com minúcias a grade teórica do curso, mas é importante reforçar que áreas como Anatomia, Histologia, Bioquímica e Fisiologia são discutidos de maneira integrada, conforme explicado anteriormente, no sistema de SP, realizadas em pequenos grupos de 8 a 10 estudantes. A percepção desta metodologia varia imensamente sobre os diversos estudantes – há aqueles que morrem de amores, como também aqueles que aproveitavam todas as oportunidades para expressar a falta que sentiam de aulas tradicionais para auxiliar o entendimento de assuntos tão complexos. Confesso que minha experiência pessoal não é suficiente para realizar uma avaliação comparativa, muito menos imaginar como teria sido meu desempenho com a metodologia tradicional, afinal minha única experiência com a medicina foi justamente inserida no PBL.

Ressalto, entretanto, que minhas percepções estão em concordância com outras observadas em alunos de diferentes instituições, conforme registrado em diversos artigos publicados, por exemplo, Torres, Sampaio e Caldeira (2019) realizaram um estudo exploratório de natureza qualitativa, com 32 ingressantes de três escolas médicas em Minas Gerais que adotam a metodologia PBL. Neste estudo, dentre às fragilidades do ensino tradicional frente ao PBL, destaca-se o grau de dependência intelectual dos estudantes em relação ao professor (TORRES; SAMPAIO; CALDEIRA, 2019), resultado de fatores como a “reprodução da informação de acordo com as

demandas externas em detrimento da compreensão, a fragmentação dos conteúdos e o estudo limitado daquilo que o professor considera mais essencial”. Em consonância com esta visão, Freire (1996) já alertava: “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou a sua construção”.

É curioso ressaltar que nos relatos presentes no artigo de Torres, Sampaio e Caldeira (2019), os discentes também destacaram a ‘comodidade’ de se estudar recebendo o conteúdo de maneira pré-selecionada conforme ocorre no ensino tradicional, percepção esta que, conforme mencionado, também percebi em colegas na Medicina UFSCar, dentre os quais por vezes me incluí. Entretanto, os autores reforçam que este aparente conforto deriva de um papel receptivo do estudante, que na metodologia tradicional torna-se um ser “paciente, obediente e ingênuo”. Sendo assim, o próprio desconforto com o desconhecido seria essencial à aquisição do conhecimento e desenvolvimento do senso crítico.

Diversos estudos consideram que com a adoção do PBL há melhora do pensamento crítico e da capacidade de resolver problemas (TORRES; SAMPAIO; CALDEIRA, 2019; TAYYEB, 2013), conclusão esta que seria reproduzível inclusive nas áreas básicas, como sugere o estudo de Meo (2013), que avaliou comparativamente as habilidades e conhecimentos de 60 alunos sobre fisiologia respiratória. Neste estudo, os alunos foram separados em 2 grupos de 30, sendo que um grupo foi instruído com técnicas da metodologia tradicional, enquanto o outro participou de atividades que envolviam a resolução de problemas e discussões de caso - em concordância com as metodologias ativas. Concluiu-se que o grupo que utilizou do PBL apresentou melhores resultados após passar por avaliações objetivas, que incluíram uma prova de múltipla escolha e uma avaliação prática estruturada de exame físico.

Evidentemente, apesar das diversas vantagens na literatura que o PBL apresenta sobre o ensino tradicional, cabe ressaltar que existem desvantagens (NAVARRO-HERNÁNDEZ; ZAMORA-SILVA, 2016). Novamente, cito as percepções negativas que alguns colegas tiveram, principalmente no período inicial de adaptação ao método, que por vezes eram compartilhadas por mim. Seria inocente atribuir toda esta carga negativa ao ‘desconforto esperado’ de adaptação ao método. Também seria simplista atribuir esta gama de percepções discrepantes apenas às diferenças

individuais dos alunos. Por estruturar-se em pequenos grupos, cada ano letivo funciona como várias unidades heterogêneas, em todos os sentidos, incluindo em relação ao conhecimento prévio dos assuntos, às diferentes personalidades e aos valores dos estudantes e, claro, ao diferente grau de preparo dos docentes que atuam como facilitadores destes grupos.

Se bem o PBL permite aos estudantes maior autonomia em relação ao professor, (TORRES; SAMPAIO; CALDEIRA, 2019), ainda assim o papel do docente é essencial ao bom funcionamento do PBL. Segundo Navarro-Hernández e Zamora-Silva (2016), professores sem convicção, capacitação ou atitudes adequadas, influenciam negativamente o processo de aprendizagem dos estudantes, que tem a capacidade de avaliar e julgar o compromisso e qualidade destes docentes e seus processos educacionais. Nessa mesma linha Steinert, (2004), em estudo sobre o ensino em pequenos grupos, identificou que, na percepção dos estudantes, características como o “interesse em ensinar” e em “promover uma atmosfera propícia ao aprendizado” são mais valorizadas nos professores do que suas habilidades específicas como ‘definir objetivos’, ‘resumir’ e ‘sintetizar’ informações; habilidades usualmente mais valorizadas na literatura.

Navarro-Hernández e Zamora-Silva (2016) advertem ainda sobre os “conflitos não-produtivos” do grupo – envolvendo tanto os próprios discentes entre si quanto o professor – como sendo causas de eventuais disfuncionalidades no processo de aprendizagem, e não exime os próprios estudantes da sua própria responsabilidade individual e coletiva na construção de um ambiente adequado para a construção do conhecimento.

Novamente, correlacionando estas informações com a minha vivência na Medicina UFSCar é evidente que a qualidade dos grupos que participei esteve sempre atrelada a estes fatores supracitados: a qualidade do professor-facilitador; ao interesse, motivação e responsabilidade dos discentes integrantes dos pequenos grupos incluindo o meu próprio estado motivacional e grau de estudo durante o desenvolvimento das atividades. Não é fácil atingir o equilíbrio ideal destes agentes que compõem o ambiente único de cada pequeno grupo e, evidentemente, eventuais desbalanços

podem trazer potenciais déficits na construção do conhecimento coletivo e individual de seus integrantes.

De acordo com estudo realizado por Steinert, (2004), na percepção de estudantes, para serem eficientes pequenos grupos precisam de diversos fatores, incluindo facilitadores eficazes, atmosfera de grupo positiva, participação ativa e interação coletiva, aderência aos objetivos do grupo, relevância clínica e integração, casos que promovem o raciocínio e solução de problemas.

Quanto à Prática Profissional (PP), considero que a sua inserção logo no primeiro ano letivo é um diferencial importantíssimo da Medicina UFSCar, constituindo um fator insubstituível para atingir a qualidade da formação que a Universidade se propõe a atingir. O contato precoce do estudante com a prática logo no início do curso de medicina permite lançar as bases do aprendizado do sentido de toda a formação médica, aprendendo sobre as pessoas de maneira contextualizada com os seus problemas de saúde, sendo a Medicina de Família e Comunidade (MFC) o cenário ideal para esta introdução (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007); cenário este representado pelas Unidades de Saúde da Família (USF) no contexto do SUS do município de São Carlos.

O curso é estruturado de maneira a possibilitar o acompanhamento de pessoas e famílias de maneira longitudinal no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) (MEDICINA UFSCar, 2007). Sendo assim, os alunos são distribuídos em pequenos grupos e cada qual será inserido em uma das diversas USFs do município, tendo como objetivo inicial encontrar famílias para iniciar um acompanhamento longitudinal destas. Entretanto, semanas antes de serem introduzidos na APS, realizamos algumas discussões de Reflexão da Prática (RP) e Estações de Simulação (ES), atividades que se mantêm mesmo após o início da PP. As primeiras ESs focam nas habilidades básicas necessárias à prática médica, em relação à postura, trato e comunicação com o paciente. Posteriormente, vão sendo introduzidas de maneira progressiva as habilidades cognitivas – coleta adequada de anamnese, escrita da história clínica tradicional e habilidades motoras – antropometria, coleta de sinais vitais, exame físico geral e semiologia dos diversos aparelhos.

Iniciamos a PP pouco após a ES focada em coleta de história de vida, ou seja, antes mesmo de adquirir conhecimentos profundos da elaboração da anamnese e muito menos das habilidades motoras. Prática e teoria continuaram ocorrendo de maneira integrada, sendo que as primeiras atividades na USF foram centradas em escolher as famílias a serem acompanhadas e coletar a história dos indivíduos do respectivo ciclo de vida estudado. Isto é feito através de Visitas Domiciliares (VDs).

Posteriormente e de maneira progressiva desenvolvemos e aplicamos no ambiente da USF as habilidades mais específicas, como coleta de histórias clínicas (anamnese tradicional), realização do exame físico, além do uso de ferramentas dominadas pelos profissionais da MFC como genograma e ecomapa, que permitem o entendimento do paciente como um todo.

As discussões de RP são estruturadas de acordo com o ciclo de vida dos pacientes selecionados na PP. A cada certo período um estudante responsabiliza-se por uma família que contenha algum sujeito do ciclo de vida escolhido (criança, mulher e homem adultos, gestante, idosos...). A cada paciente novo, o estudante deve manter o seguimento dos pacientes anteriores, o que configura um desafio neste início do curso. Devemos aprender a priorizar casos mais complexos, sem perder de vista os casos mais controlados, organizando as periodicidades das VDs conforme as necessidades de saúde identificadas. Todas as informações essenciais ao cuidado das famílias acompanhadas, o arcabouço teórico abordado nas discussões e os estudos individuais necessários para complementar à prática, devem estar contidos em um portfólio reflexivo.

No meu caso, realizei as atividades de PP na USF Guanabara, local onde me senti acolhido pela equipe e possuía autonomia necessária para desenvolver as atividades propostas, sempre com a supervisão necessária de acordo com o grau de conhecimento adquirido e a complexidade das tarefas. Isto não quer dizer que o estágio foi isento de tensões. De certa forma agimos como membros da equipe e por causa disto tivemos que aprender a equilibrar as demandas da graduação com as expectativas da equipe, que progressivamente passou a confiar em nós para auxílio no cuidado dos pacientes. Nem sempre as demandas da graduação estão de acordo com o que a prática no cenário real solicita, como exemplos: não raro a equipe solicitava

seguimento de algum paciente cujo ciclo de vida ainda não havíamos discutido, da mesma forma que as vezes precisávamos acompanhar pacientes de ciclos dos quais a equipe não sentia necessidade do nosso apoio.

Principalmente no início, as demandas da equipe e dos pacientes excediam o nosso conhecimento, o que nos forçava a procurar respostas e propor soluções. Tive a felicidade de contar com uma professora-facilitadora com a versatilidade e sensibilidade necessárias para conduzir as discussões de RP de maneira a atender e conciliar as necessidades dos pacientes, equipe e dúvidas dos alunos com o conteúdo curricular necessário.

Em relação ao cenário, considero que a USF Guanabara foi um local proveitoso para a realização da PP. O bairro possui uma população bastante heterogênea em diversos aspectos, que incluem classe social, econômica, nível de instrução, religião, gênero e idade, o que favoreceu o conhecimento de diversas realidades às quais a MFC deve ser capaz de adaptar-se. A estrutura no geral era adequada para a resolução dos problemas mais prevalentes na APS, entretanto ao longo do curso pude vivenciar algumas dificuldades comumente encontradas no SUS, dentre as quais cito a dificuldade de acesso à serviços especializados na Rede de Atenção à Saúde, a escassez de contrarreferências recebidas quando os pacientes conseguem acesso a estes serviços e a fragilidade das políticas públicas relacionadas à saúde, que infelizmente estão submetidas às instabilidades da política eleitoral – principalmente, mas não apenas, quando ocorrem mudanças a nível municipal.

2.2 Ciclo II

Em conformidade com a proposta do curso, o terceiro e quarto anos letivos mantem uma continuidade em relação ao construído no Ciclo I. As atividades são essencialmente as mesmas, com a diferença de que a prática ganha mais horas e subdivide-se de acordo com as grandes áreas do conhecimento médico.

A RP/PP ganha novas subdivisões: continua a existir o estágio prático em Saúde da Família e Comunidade (SFC) e surgem os estágios de Saúde da Mulher (SMu), Saúde da Criança (SCr) e Saúde do Adulto e do Idoso (SAI). Os grupos de prática se mantêm e os estágios em SFC permanecem nas USFs de origem, mantendo-se, portanto, o cuidado longitudinal dos pacientes do Ciclo I, sendo que agora os alunos estão munidos de maior arsenal de conhecimento teórico e prático. Em muitos casos, e se adequando as necessidades de cada USF, os alunos passam a somar novas funções. No meu grupo estas funções incluíram o acolhimento de pacientes de demanda espontânea e consultas médicas agendadas sob supervisão do docente, possibilitando um número maior de atendimentos na USF, que possuía apenas um médico preceptor.

Neste momento considero que a relação com a equipe e a população vinculada à USF atingiu seu melhor patamar, pois os alunos e docentes da universidade éramos vistos de fato como agentes transformadores, capazes de contribuir com o cuidado em saúde. Isto é claro, somado ao vínculo que havíamos adquirido ao longo do acompanhamento das diversas famílias ao longo de 4 anos, com cada estudante tendo sob seu acompanhamento um número de até 10 famílias em teoria. Digo 'em teoria', porque cabe ressaltar que, no final do Ciclo, observou-se uma das maiores dificuldades de seguir a Prática Profissional nos moldes do PPP: manter a longitudinalidade do cuidado, afinal ninguém do meu grupo conseguiu manter o seguimento de todas suas famílias. Isto ocorreu por diversos fatores, que incluem óbitos, recusas de pacientes e mudanças de endereço – frequentes no bairro, majoritariamente formado por casas de aluguel.

No geral o grupo manteve o seguimento, em maior ou menor proximidade, de cerca de metade dos seus pacientes. A prática da SFC encerra-se neste Ciclo com a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que visam organizar o cuidado

de alguns dos casos selecionados devido à sua complexidade. Estes são entregues à equipe da USF de maneira a permitir a continuidade do acompanhamento, mesmo após a saída do aluno.

Ao fim das práticas nas USFs, foi unanimidade no meu grupo de SFC a percepção de que havíamos tido um impacto positivo na vida das pessoas acompanhadas e particularmente tenho a certeza de que estes também tiveram um impacto positivo em nossas vidas. Assim como devo muito aos docentes e aos companheiros de grupo que contribuíram com a minha formação médica, também devo ressaltar a importância dos pacientes, sujeitos cujas histórias, doenças e necessidades motivaram estas discussões e estudos.

Do mesmo modo que a SFC, as demais práticas – SAI, SCr e SMu – que surgem como novidades deste ciclo, são realizadas no contexto da Atenção Primária, em diversas USFs e UBSs. Mais uma vez considero esta uma grande potencialidade da Medicina UFSCar. São evidentes os benefícios da presença de estudantes de medicina na APS, tanto para a formação técnica e humanística dos próprios estudantes (GOMES *et al.*, 2020), quanto para a população, que tem a oportunidade de ser atendida por docentes que em sua maioria são profissionais altamente capacitados – pediatras, ginecologistas e integrantes das diversas especialidades clínicas, com mestrado e doutorado.

Neste sentido, GOMES *et al.* (2020) ressaltam que a inserção dos graduandos na APS permite contextualizar a teoria às situações reais, aproximando-os das necessidades de saúde da população ao mesmo tempo em que os aproxima das fragilidades e limitações do SUS, o que por um lado pode gerar sentimentos de frustração e decepção com o SUS, mas permite também o desenvolvimento dos aspectos humanísticos fundamentais à formação. Na mesma linha, Massote, Belissário e Gontijo (2011) acreditam ainda que a inserção de estudantes na APS pode propiciar a formação de profissionais mais preparados para compreender e atuar nas reais necessidades da população.

De maneira semelhante ao Ciclo I, as SP e ES continuam se baseando em resoluções de problemas que visam o desenvolvimento de habilidades que serão aplicadas e aprimoradas na prática, sendo que o contrário também é válido, uma vez

que não é raro nos depararmos em SP ou ES cenários já vivenciados por nós ao longo das práticas, para os quais precisamos encontrar soluções – seja no estudo individual ou coletivo por meio das RP. Isto é claro, somente enriquece às discussões em pequenos grupos, e vai de acordo com o conceito da espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem que norteia o curso (MEDICINA UFSCar, 2007). De maneira sutil, o curso vai caminhando de uma abordagem mais focada no funcionamento da fisiologia normal do organismo, para um olhar mais direcionado aos processos patológicos; embora esta distinção não seja linear e ambos elementos estejam presentes em diversos graus durante as situações problemas de toda a graduação.

Do mesmo modo, a ES evolui de simulações mais gerais no primeiro ciclo, para uma abordagem mais refinada aos temas das grandes áreas da medicina (clínica médica, ginecologia, medicina de família e pediatria) necessários ao médico generalista, abordando também algumas das patologias mais prevalentes destas áreas. No final do ciclo II, ocorrem simulações para introduzir as bases do exame físico de algumas especialidades (exame físico neurológico, oftalmológico, psiquiátrico), além de oficinas introdutórias às bases da Cirurgia Geral.

Neste ponto da graduação, torna-se mais perceptível a variedade de experiências e saberes pelas quais cada aluno vai passando ao longo do curso. Considero que as boas discussões de caso, das quais tive a oportunidade de participar, obtiveram sucesso na equalização destes saberes. É interessante notar como diferem as percepções de cada integrante do grupo sobre determinado assunto, de acordo com o grau de contato prévio e com a perspectiva abordada anteriormente. Isto, associado a um estudo teórico robusto, permite uma adequada construção coletiva do conhecimento que reforça as potencialidades de cada aluno. Esta percepção está de acordo com o observado em outros trabalhos, como o de Torres, Sampaio e Caldeira (2019), que também afirma que o trabalho final produzido em pequenos grupos é qualitativamente superior ao que teria sido produzido individualmente por suas partes. Isto é claro, somente ocorre se respeitadas as condições adequadas necessárias para um trabalho de um pequeno grupo efetivo (STEINERT, 2004).

Considero que os conhecimentos adquiridos nas atividades teóricas e atividades práticas em SAI, SCr, SFC e SMu no terceiro e quarto ano letivos, permitem adquirir habilidades necessárias ao internato (Ciclo III). Isto só é possível devido ao grau de autonomia que recebemos para realizar os atendimentos, sempre contando com supervisão docente adequada, e ao volume de pacientes atendidos. A maioria dos alunos encerra o Ciclo II com a segurança de realizar atendimentos que incluem anamnese e exame físico completos, tendo adquirido também algumas habilidades básicas das áreas de pediatria e ginecologia, seja uma avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor do lactente, seja uma coleta de teste de Papanicolau em mulher de idade fértil.

2.3 Ciclo III

Conforme mencionado na introdução, este Ciclo é o que mais se assemelha aos cursos de medicina que adotam a metodologia tradicional. Classicamente denominado de internato, os últimos 2 anos da graduação médica consistem em atividades eminentemente práticas, em sua maioria de caráter hospitalar. Ainda ocorrem discussões teóricas e simulações, entretanto estas estão contidas em uma única unidade longitudinal (MEDICINA UFSCar, 2007). A grande maioria dos docentes opta por preservar uma estrutura de ensino que vai de acordo com as metodologias ativas, entretanto, esporadicamente ocorrem algumas aulas “tradicionalistas”.

As atividades práticas no internato dividem-se em estágios nas áreas de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, sendo que cada um destes estágios possui 14 semanas de duração, divididas igualmente entre o quinto e sexto ano. Há ainda o Estágio Integrado (Medicina de Família e Comunidade / Saúde Coletiva / Saúde Mental) e o estágio dos Ambulatórios de Especialidades, com duração de 7 semanas cada. A maioria das atividades são concentradas no Hospital Universitário da UFSCar e na Santa Casa de São Carlos.

Nota-se que a grade curricular da Medicina UFSCar pouco difere de outras instituições, motivo pelo qual considero que seria pouco produtivo prosseguir com uma descrição curricular. Entretanto, considero coerente à proposta deste trabalho descrever um pouco das minhas impressões enquanto estudante inserido nestas práticas, nos momentos finais da graduação.

O internato foi para mim a experiência mais intensa de toda a graduação médica. Na verdade, está sendo, uma vez que na data em que escrevo este trabalho ainda não conclui totalmente as atividades práticas. O internato é intenso em todos os sentidos: por vezes positivamente e, não raro, negativamente. Em um formato reflexivo seria impossível não citar pelo menos algumas das sensações que as vivências deste período provocam no aluno – que aliás agora passa a apresentar-se nos serviços de saúde como “interno”, geralmente com uma pitada de orgulho.

O internato para mim foi emocionante, cansativo, alegre, estressante, inspirador, triste, empolgante, assustador, desgastante... Tudo isto ao mesmo tempo, com períodos de destaque de algumas sensações sobre as outras. Foi, acima de tudo,

o período de maior aprendizado da minha vida, no que diz respeito a desenvolvimento de habilidades cognitivas e motoras; questões éticas e morais. É impossível passar dois anos imerso nos serviços de saúde em período integral sem sofrer transformações. Não por falta de preparo prévio, uma vez que a UFSCar tem, na minha percepção, uma carga adequada de atividades práticas, desde o primeiro ano letivo. Mas, a experiência diária no trato com pessoas, muitas das mesmas acometidas por doenças graves, seus familiares e os próprios trabalhadores da atenção à saúde, gera uma carga emocional sem precedentes para o interno.

Deste modo, acredito que seja impossível concluir uma graduação como esta sem nenhum conflito envolvendo os grupos de internato, docentes, preceptores ou pacientes. Considero, inclusive, que no meu caso a quantidade de conflitos foi baixa. Entretanto, seria ingenuidade deixar de reconhecer a alta prevalência de sofrimento mental entre os estudantes de medicina (não somente da UFSCar), muitas vezes perpetuada de maneira desnecessária por “tradições” vazias, extraoficiais, não-escritas. A linha entre a justa cobrança por responsabilidade e o assédio moral é por vezes tênue, situações das quais não fui vítima diretamente, porém presenciei.

Neste ciclo passamos a saborear um pouco das responsabilidades inerentes à profissão médica. Passamos a entender um pouco da dimensão da carga horária e da jornada de trabalho vivenciada pela maioria dos profissionais. Relembramos um pouco da pressão e competitividade vivenciada há 6 anos atrás, na época dos vestibulares, que ressurgem agora na forma de provas de residência, para aqueles que desejam realizar alguma especialização. Tudo isto permeado por uma carga teórica vasta e pelas demandas que naturalmente surgem ao lidar com vidas.

Não poderia deixar de mencionar que iniciei este Ciclo no início de 2020, semanas antes de iniciarem as restrições impostas pela pandemia da COVID-19. Iniciei o quinto ano letivo junto à pandemia, e concluo o sexto ano ainda sem uma resolução definitiva desta.

O curso parou por alguns meses, e a princípio poucos tinham a dimensão do real impacto que esta doença traria, não somente às vítimas, mas também à rotina da população como um todo e claro, aos profissionais da área da saúde. Não seria exagero afirmar que a pandemia ressignificou a atuação destes profissionais, que

tiveram que lidar com inúmeras cargas emocionais e reações diversas por parte da população, por vezes sendo tratados como heróis e símbolos de esperança, por vezes culpados ao não conseguir oferecer as respostas imediatas que todos gostariam.

Desta maneira, tendo em vista a totalidade deste cenário, considero que a Medicina UFSCar obtém sucesso em inserir-se nos diversos serviços de saúde de maneira a criar um ambiente que na maioria das vezes é propício ao aprendizado, sem abrir mão da dimensão do cuidado dos pacientes. Isto é uma realidade construída desde os Ciclos I e II e que permanece no internato.

3 CONCLUSÃO

De maneira resumida e conforme discorrido neste trabalho, o curso de medicina da UFSCar tem dentre seus pilares a adoção de uma abordagem totalmente baseada na metodologia PBL e na integração teórico-prática desde o início do curso (MEDICINA UFSCar, 2007). A inserção precoce na prática se dá como uma oportunidade única de aprendizado e desenvolvimento profissional para os alunos (STEINERT, 2004; GOMES *et al.*, 2020; MASSOTE; BELISÁRIO; GONTIJO, 2011), apesar das dificuldades inerentes aos serviços de atenção inseridos no SUS. (MASSOTE; BELISÁRIO; GONTIJO, 2011).

Como é da natureza de um trabalho primariamente crítico-reflexivo, ainda mais neste formato de narrativa sob a ótica de experiências pessoais, é evidente o impacto praticamente nulo desta produção, em termos científicos. De certa forma, e como é comum nos TCCs da medicina UFSCar, este trabalho discorreu em um esforço metalinguístico de tentar justificar sua própria existência, em um contexto no qual o TCC parece uma atividade deslocada do restante da estruturação do curso.

Entretanto, mesmo que diferindo dos objetivos primariamente científicos que usualmente norteiam os TCCs, acredito que esta singela produção cumpre seu papel de encerramento do curso. A nível pessoal, a elaboração deste trabalho foi realmente um marco que me permitiu não somente relembrar a minha trajetória, como também avaliar as percepções que tive longo desta graduação.

A nível coletivo, acredito que este trabalho poderia também fornecer uma pequena contribuição para o curso de medicina da UFSCar, se somado aos demais trabalhos primariamente reflexivos que anualmente são publicados. Uma análise criteriosa destes, em conjunto, poderia revelar determinados padrões em relação às percepções estudantis e fornecer sugestões para os futuros rumos deste curso.

Neste sentido, cabe ressaltar que alguns dos estudos citados valorizaram as percepções estudantis como uma das principais formas de avaliar a efetividade dos métodos de ensino (STEINERT, 2004; VISSCHERS-PLEIJERS *et al.*, 2006; NAVARRO-HERNÁNDEZ; ZAMORA-SILVA, 2016;). Steinert (2004) revelou seu assombro com a capacidade dos alunos em articular suas percepções e objetivos no ensino de pequenos grupos. Navarro-Hernández e Zamora-Silva (2016) avaliaram que

os estudantes tem a capacidade de perceber a qualidade e compromisso dos tutores e por consequência a qualidade dos seus processos educativos. Visschers-Pleijers *et al.*, (2006) ressaltaram que a experiência dos alunos com a metodologia parece ter dado a eles excelente discernimento sobre assuntos relacionados à aprendizagem em grupo; reforçando também que provavelmente a percepção destes sobre a situação de ensino há de ter forte influência no seu comportamento (VISSCHERS-PLEIJERS *et al.*, 2006).

Finalmente, após todas as percepções e visões que compartilhei ao longo deste texto, na tentativa de evidenciar as mudanças que o curso propiciou durante a minha formação, gostaria de encerrar afirmando que caso recebesse novamente a pergunta “Por quê Medicina?” - que nos é feita logo nas primeiras atividades do Ciclo I - a resposta atual permaneceria com tantas dúvidas quanto naquela época, porém de naturezas diferentes.

Pois bem, hoje tenho a convicção de que a cura é possível apenas em uma parcela dos casos e que quando ocorre o ato médico é apenas um dos vários fatores que a possibilita. Manter-se na medicina visando apenas “salvar vidas” seria um caminho certo para a frustração pessoal e profissional. Entretanto, o médico pode com seus atos promover em grande parte dos pacientes o alívio dos sintomas e uma melhora na sua qualidade de vida. E mesmo quando a cura e o alívio sintomático escapam aos arsenais terapêuticos disponíveis ao médico, tenho a convicção de que o seu papel não se esgota: o acolhimento, a escuta e o apoio ao doente e seus entes queridos pode sempre promover uma redução do sofrimento, pelo menos em algum grau.

“Por quê medicina?” – porque considero que o desejo de tentar auxiliar no alívio do sofrimento é uma característica inerente ao ser humano, e considero a ciência médica como uma ferramenta capaz de atuar neste sentido.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. p. 157–172, 2006.

COELHO, M. G. M; MACHADO, M. F. A. S.; BESSA, O. A. A. C., NUTO, S. A. S. Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. **Interface**. Botucatu, v.24, 2020.

CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - CCBS. **Projeto Político Pedagógico**. São Carlos, 2007.

CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - CCBS. **Termo de Referência Unidade Educacional Eletiva Atividade Curricular Complementar**. São Carlos, 2017. Disponível em: <<https://www.dmed.ufscar.br/arquivos/eletivas/acc-termo-de-referencia>>

FORTUNA C. M. *et al.* A produção de narrativas crítico-reflexivas nos portfólios de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2012.

FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

NAVARRO-HERNÁNDEZ, N.; ZAMORA-SILVA, J. Factores que facilitan u obstaculizan el aprendizaje basado en problemas en grupo pequeño, vistos por los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. **Iatreia**, v. 29, n. 2, p. 113–122, 2016.

MASSOTE, A. W.; BELISÁRIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 445–453, 2011.

MEO, S. A. Evaluating learning among undergraduate medical students in schools with traditional and problem-based curricula. **American Journal of Physiology - Advances in Physiology Education**, v. 37, n. 3, p. 249–253, 2013.

SERVANT-MIKLOS, V. F. C. Fifty Years on: A Retrospective on the World's First Problem-based Learning Programme at McMaster University Medical School. **Health Professions Education**, v. 5, n. 1, p. 3–12, 2019.

STEINERT, Y. Student perceptions of effective small group teaching. **Medical Education**, v. 38, n. 3, p. 286–293, 2004.

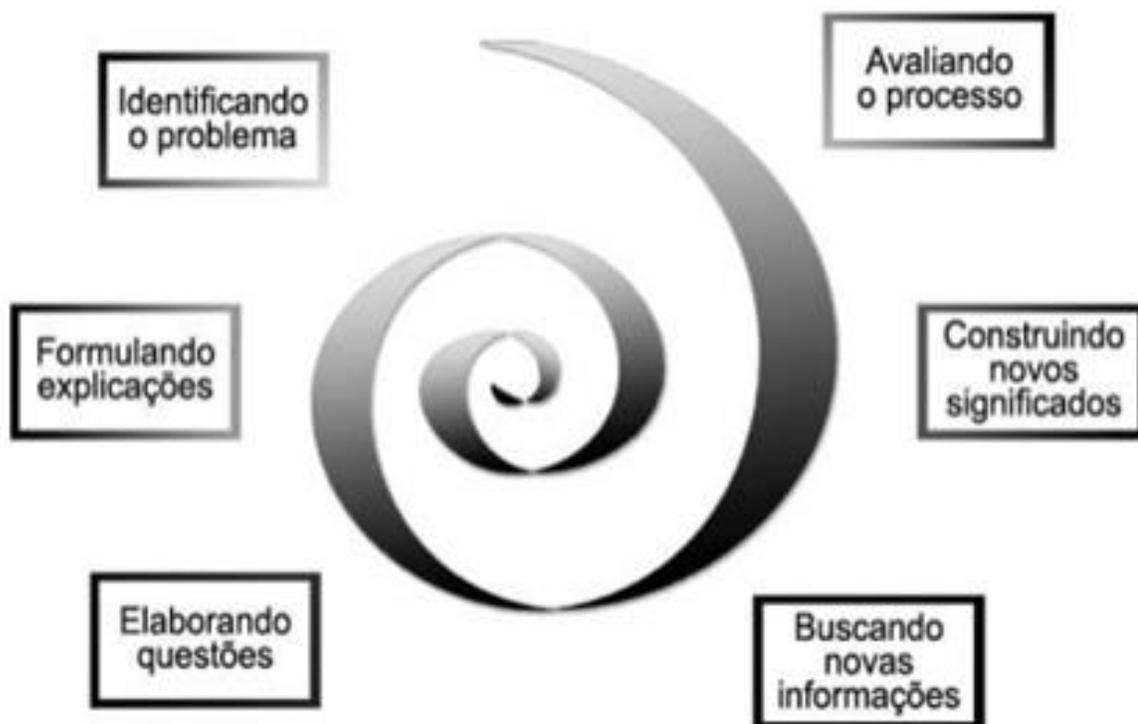
TAYYEB, R. Effectiveness of problem based learning as an instructional tool for acquisition of content knowledge and promotion of critical thinking among medical students. **Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 23, n. 1, p. 42-43, 2013.

TORRES, V.; SAMPAIO, C. A.; CALDEIRA, A. P. Ingressantes de cursos médicos e a percepção sobre a transição para uma aprendizagem ativa. p. 157-172, 2006.

VISSCHERS-PLEIJERS, A. J. S. F. et al. Student perceptions about the characteristics of an effective discussion during the reporting phase in problem-based learning. **Medical Education**, v. 40, n. 9, p. 924–931, 2006.

ANEXOS

Anexo 1. “Esquema da Espiral Construtivista do processo de ensino-aprendizagem, a partir de uma Situação-Problema” (MEDICINA UFSCar, 2007, p. 31)



Anexo 2. Estrutura Curricular do curso de Medicina da UFSCar. (MEDICINA UFSCar, 2007, P.19)

		UNIDADES EDUCACIONAIS	
INTEGRALIDADE DO CUIDADO	I	1º ano	Prática Profissional I
			Simulação da Prática Profissional I
	II	2º ano	Prática Profissional II
			Simulação da Prática Profissional II
	III	3º ano	Prática Profissional III
			Simulação da Prática Profissional III
	IV	4º ano	Prática Profissional IV
			Simulação da Prática Profissional IV
	V	5º ano	Prática Profissional V
			Prática Profissional VI
			Eletiva I
			Eletiva II
		Eletiva III	
		Eletiva IV	
		Eletiva V	