

**O LOGBOOK COMO PROCEDIMENTO DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM:  
ACRESCENTANDO SABOR E COR AO ENSINO MÉDICO  
ASSÉPTICO E BRANCO**

**ANA TERESA SILVA MAIA DE ARAÚJO**

**O LOGBOOK COMO PROCEDIMENTO DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM:  
ACRESCENTANDO SABOR E COR AO ENSINO MÉDICO  
ASSÉPTICO E BRANCO**

**ANA TERESA SILVA MAIA DE ARAÚJO**

Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade do Oeste Paulista como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa 2: Formação e Prática Pedagógica do Profissional Docente

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raimunda Abou Gebran

370  
A663L

Araújo, Ana Teresa Silva Maia de

O Logbook como procedimento de ensino e de aprendizagem: acrescentando sabor e cor ao ensino médico asséptico e branco / Ana Teresa Silva Maia de Araújo. – Presidente Prudente, 2015.

165 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente, SP, 2015.

Bibliografia.

Orientadora: Raimunda Abou Gebran

1. *Logbook*. 2. Ensino superior. 3. Aprendizagem. 4. Medicina – estudo e ensino. I. Título.

Catálogo: Bibliotecária Jakeline Margaret de Queiroz Ortega – CRB -8/6246

**ANA TERESA SILVA MAIA DE ARAÚJO**

**O LOGBOOK COMO PROCEDIMENTO DE ENSINO E DE  
APRENDIZAGEM: ACRESCENTANDO SABOR E COR AO  
ENSINO MÉDICO ASSÉPTICO E BRANCO**

Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade do Oeste Paulista como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Presidente Prudente, 04 de novembro de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raimunda Abou Gebran  
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE  
Presidente Prudente - SP

---

Prof. Dr. Adriano Rodrigues Ruiz  
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE  
Presidente Prudente - SP

---

Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguiar da Silva  
Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA  
Marília – SP

## DEDICATÓRIA

*Na minha trajetória de vida, identifico algumas pessoas que, em diferentes momentos da minha existência, ensinaram-me a degustar os cinco sabores da vida e a elas dedico essa dissertação, que de alguma forma, guarda em suas entranhas um pedacinho de cada uma delas.*

*A meu pai Wander (in memoriam) e principalmente à minha mãe Amélia, que mesmo em meio às inconstâncias de sua vida conjugal, ensinaram-me durante toda a infância as doces nuances do amor (de pais, de família, ao próximo e à força divina) e a driblar (e enfrentar) na adolescência alguns sabores amargos e azedos) de situações comuns da “vida vivida”, porque ainda que crescer seja libertador, às vezes “dá”. Seus ensinamentos amanhecem comigo todos os dias da minha vida.*

*À você, Vó Lourdes (in memoriam); à você, tia-quase mãe, Toni e à você, sogra-mãe Cidinha (in memoriam). Mulheres fortes, verdadeiras guerreiras que vivenciaram comigo muitos momentos felizes e também alguns mais atribulados da minha existência, nos quais o sabor salgado das lágrimas se fizeram presentes (seja de felicidade ou tristeza) e me inspiraram, com seus exemplos, a redescobrir em mim o protagonismo da minha história, buscando nos estudos o ideal de uma profissão.*

*Às minhas mestres, Maria do Carmo Lourenço Haddad e Marinês Gonzales, enfermeiras e docentes, que durante as etapas de minha formação e vida profissional, respectivamente, “encantaram-me” com o comprometimento e competência com que conduziam suas carreiras, constituindo-se em fonte de inspiração para a construção do meu ser profissional (“eu queria ser como vocês quando crescer”). À minha orientadora, Dra. Raimunda Abou Gebran, que com sua sabedoria, sagacidade e generosidade soube me conduzir até a concretização do mestrado, um sonho antes distante, transformado com sua valiosa ajuda em uma realidade. Vocês, em diferentes momentos, viabilizaram o meu crescimento como enfermeira ou docente e me fizeram acreditar ser possível ir mais além ao me ensinaram a degustar o sabor contagiante do quase sempre doce “aprender”.*

*E por fim, à vocês parceiros de vida, meu marido Fernão e meus preciosos filhos Thales e Fernanda, que conviveram com minha ausência física em inúmeros momentos de construção da minha profissionalidade, mas que em essência se constituíram na razão dessa busca. Por vocês, tentei transformar incertezas em produtividade, frustrações em possibilidades, dificuldades em esperança, pois aprendi durante a construção da nossa família a degustar o quinto sabor: o umami, que significa “o gosto agradável e saboroso”, pois o ato de amá-los agrega sentido à minha existência e me faz gostar de viver.*

*Ana Teresa Silva Maia de Araújo*

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos vão para todas aquelas pessoas que contribuíram diretamente para a concretização dessa dissertação.

Aos dirigentes dessa Instituição e em especial à “Dona Ana” que me tirou da minha zona de conforto e me levou a trilhar os caminhos do mestrado quando acreditava ser este apenas um antigo sonho juvenil, perdido no andamento da “vida vivida”.

Ao corpo docente do Mestrado em Educação a quem me dirijo no coletivo, pois embora o convívio tenha se dado de forma diferente com aqueles responsáveis pelas disciplinas que cursei, em momentos pontuais recebi de muitos outros não só informações valiosas como também incentivos que me motivaram durante esse percurso, muitas vezes solitário, de construção dessa dissertação. Vocês, com seus ensinamentos e exemplos, desvelaram-me possibilidades de crescimento como educadora que eu desconhecia. Minha admiração por vocês só cresce.

A vocês, Ina de Oliveira Lima, Jakeline Margaret de Queiroz Ortega, Daniela T. A. Russi, Carolina Franco Branco e Marcos Roberto Salvador, que com generosidade e competência em várias ocasiões ajudaram-me na estruturação dessa pesquisa.

Aos Coordenadores - antigos e atuais - do curso de medicina que, de alguma forma, estiveram ligados às origens dessa experiência (Dr. Fernando Pimentel e Dr. Marco Aurélio Marangoni) ou ao seu desenvolvimento e conclusão (Dr. Michel J. Cecílio e Dra. Nilva Galli), pela oportunidade que me concederam de vivenciá-la e apoio recebido durante essa jornada.

Aos colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social que me incentivaram e me possibilitaram conciliar as minhas atividades docentes com o mestrado e, em especial, ao Dr. Carlos Roberto de Macedo e Lóris A. F. Daniel que compreenderam esse meu momento e me substituíram em algumas de minhas atividades docentes durante o decorrer dessa investigação.

A vocês, colegas docentes, Ilza Martha de Souza e Gisela Nunes Gea, que colocaram ao meu alcance importantes referenciais teóricos para embasar a presente pesquisa.

Aos colegas do Colegiado Regional de Saúde do Alto Capivari e Gestores de Saúde de Rancharia que durante esse período colaboraram para que

eu aliasse minhas atividades laborais com o processo investigativo e, em especial, às minhas colegas enfermeiras, Priscila G. Dias, Débora Roma R. Murici e Sônia A. Bevilacqua de Mello, que me apoiaram e souberam compreender minhas ausências.

A vocês, Wilba Maia e Cenise Veiga, pela paciência que tiveram ao dialogarem comigo sobre os primeiros construtos dessa pesquisa.

Ao meu marido Fernão e amiga Luciana dos Santos, que me auxiliaram nas revisões de minhas produções.

Aos meus colegas de Mestrado, pela convivência prazerosa e incentivo nos momentos mais desgastantes do desenvolvimento dessa experiência. Conhecê-los enriqueceu minha história de vida.

Em especial, meus agradecimentos aos 53 discentes que cursaram nos meses de setembro e outubro de 2014 o 7º termo do Curso Médico da UNOESTE e que generosamente concordaram em participar dessa dissertação. Suas opiniões e construtos foram essenciais para dar sentido aos achados dessa pesquisa. Vocês são a razão de sua existência.

E aos professores da banca: Dr. Adriano Rodrigues Ruiz, que com sua vasta sabedoria epistemológica, impregnada de um viés poético e Dr. Rinaldo H. Aguilar da Silva, que com seu profundo conhecimento, assentado na realidade do ensino médico, generosamente me presenteou com valiosas sugestões durante o exame de qualificação, agregando valor aos meus escritos. A vocês, minha sincera gratidão.

E finalmente, a você, Dr<sup>a</sup>. Raimunda Abou Gebran, minha competente orientadora que, ao mesmo tempo em que me dava “autonomia de voo”, com os desafios constantes que me lançava, guiava-me de forma segura no desenvolvimento do mestrado. Com você, posso dizer que senti aquilo que Rubem Alves chama de “o encontro”, pois “na infinita possibilidade de lugares, na infinita possibilidade de tempos, nossos tempos e nossos lugares coincidiram”. Você acreditou em mim, quando eu mesma não acreditava.

## RESUMO

### **O LOGBOOK COMO PROCEDIMENTO DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM: ACRESCENTANDO SABOR E COR AO ENSINO MÉDICO ASSÉPTICO E BRANCO**

O desconforto gerado com as contradições entre a formação médica e o trabalho em saúde, abriu a “porta secreta” pela qual costuma se iniciar a reflexão pedagógica na Universidade: o questionamento sobre o trabalho docente. Tais reflexões levaram a autora dessa pesquisa a experimentar um novo arquétipo para o ensino desenvolvido num estágio do Curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Em essência, a experiência centrou-se no uso do *logbook* para o desenvolvimento e registro do aprendizado e a riqueza das impressões primeiras sobre o seu uso (observadas pelo docente e verbalizadas pelos discentes), associada ao interesse de outros docentes no seu construto, suscitaram o desejo de investigar esse fenômeno. Assim, teve início a presente pesquisa desenvolvida no programa de Mestrado em Educação da Universidade do Oeste Paulista objetivando analisar a relevância acadêmica e social do *logbook* como procedimento de ensino e de aprendizagem e mais especificamente, de caracterizar os seus princípios constitutivos, desvelar as suas potencialidades para o processo de ensino e de aprendizagem e verificar possíveis fragilidades na sua implantação/execução. A escolha da abordagem qualitativa de cunho fenomenológico do tipo pesquisa-ação tornou-se natural, dado que o cenário da investigação foi a própria sala de aula e as manifestações foram estudadas na lógica dos sujeitos envolvidos (53 estudantes e o docente mediador, que é a pesquisadora participante). Os dados oriundos de um questionário com as impressões discentes sobre o fenômeno, da análise dos documentos produzidos pelos estudantes e da observação docente, categorizados à luz da análise de conteúdos de Bardin, consubstanciaram a significação do *logbook* como um procedimento de ensino e aprendizagem “híbrido”, assentado nos preceitos da metodologia ativa, colaborativa de ensino e aprendizagem, dotada de relevância acadêmica (processo de ensino e de aprendizagem dialógico, contextualizado, reflexivo, desenvolvido num clima pedagógico acolhedor, em um tempo relativamente curto) e também social (discentes com vivência real do mundo do trabalho em saúde, apreendendo a realidade numa perspectiva crítica dos conhecimentos e acontecimentos). Esses resultados o credenciam como uma opção metodológica interessante para um processo formativo que entende a função médica como um fenômeno social que busca salvaguardar a vida preservando o humano da vida.

**Palavras-chave:** *Logbook*, Procedimento de Ensino e de Aprendizagem, Ensino Médico Reflexivo, Estratégia de Ensino.



## **ABSTRACT**

### **THE LOGBOOK AS TEACHING AND LEARNING PROCEDURE: ADDING FLAVOR AND COLOR TO MEDICAL EDUCATION ASEPTIC AND WHITE**

The discomfort caused by the contradictions between medical education and health work, opened the "secret door" by which usually starts the pedagogical reflection in the University: the questioning of the teaching work. Such considerations led the author of this research to experience a new archetype for the developed teaching a medical school stage at the Oeste Paulista University (UNOESTE). In essence, the experience focused on the use of the logbook to the development and learning record and wealth of first impressions about its use (observed by the teacher and verbalized by the students), associated with the interest of other teachers in their construct it raised the desire to investigate this phenomenon. Therefore this research began to be developed in the Master's program in Education of the Oeste Paulista University in order to analyze the academic and social relevance of the logbook as teaching and learning procedure and more specifically, to characterize the constituent principles of the logbook, unveiling its potential to the process of teaching and learning and identify possible weaknesses in its implementation / execution. The choice of a qualitative approach of phenomenological nature of action- research type became natural, wherein the scenario of the research was to own classroom and demonstrations were studied in the logic of the involved subjects (53 students and the mediator teacher, who is the participating researcher). The data from a questionnaire with students impressions about the phenomenon, from the analysis of produced documents by the students and from teacher observation, categorized according to content analysis from Bardin, the logbook had substantiated its significance as a "hybrid" teaching and learning procedure seated in the precepts of active methodology, teaching and learning collaborative, endowed with academic magnitude (process of teaching and learning is dialogic, contextualized, reflective, developed in a warm educational way in a relatively short time) and also social (students with real experience of the working world in health, seizing reality in a critical perspective of knowledge and events). These results qualify the logbook as an interesting methodological option for a training process that understands the medical function as a social phenomenon that seeks to safeguard the life preserving the human of life.

**Keywords:** Logbook, Procedure for Teaching and Learning, Reflective Medical Education, Teaching and Learning Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO: ACRESCENTANDO SABOR E COR NA EDUCAÇÃO MÉDICA EM CONTRAPOSIÇÃO AO ENSINO MÉDICO ASSÉPTICO E BRANCO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS: AS “RECEITAS” FILOSÓFICAS DOS MESTRES-CUCAS DE EDUCAÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Concepções de Educação/Ensino.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2</b>	<b>O Ensino Médico.....</b>	<b>26</b>
2.2.1	O ensino médico no Brasil.....	35
2.2.2	O ensino médico na UNOESTE.....	50
<b>3</b>	<b>OS PROCEDIMENTOS: “TEMPEROS-ESTRATÉGIAS” USADOS PARA ACRESCENTAR SABOR E COR AOS PROCESSOS DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM.....</b>	<b>58</b>
<b>3.1</b>	<b>“Alho ou Sal”: A Escolha de uma Estratégia de Ensino e de Aprendizagem.....</b>	<b>58</b>
<b>3.2</b>	<b>“A Mistura de Temperos”: Os Alicerces do <i>Logbook</i>.....</b>	<b>62</b>
<b>3.3</b>	<b>“A Pimenta”: Revelando o <i>Logbook</i> Produzido.....</b>	<b>69</b>
<b>4</b>	<b>OS MÉTODOS: “MECANISMOS-UTENSÍLIOS” UTILIZADOS PARA SE REVELAR OS SABORES.....</b>	<b>76</b>
<b>4.1</b>	<b>A Tipologia da Investigação.....</b>	<b>76</b>
<b>4.2</b>	<b>Os Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>79</b>
<b>4.3</b>	<b>A Coleta de Dados.....</b>	<b>79</b>
<b>4.4</b>	<b>A Análise dos Dados.....</b>	<b>80</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO: TIRANDO A TAMPA DA PANELA PARA VER O QUE ESTÁ LÁ DENTRO.....</b>	<b>83</b>
<b>5.1</b>	<b>O Perfil dos “Aprendizes de Feiticeiros”.....</b>	<b>83</b>
5.1.1	Gênero e faixa etária dos discentes participantes.....	84
5.1.2	Procedência dos discentes envolvidos na pesquisa.....	85
5.1.3	Comparação do perfil de classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado.....	87
5.1.4	Uso do SUS de acordo com a classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado.....	89
5.1.5	Experiências universitárias.....	90
5.1.6	Experiências profissionais.....	91
5.1.7	Motivação vocacional discente.....	92
<b>5.2</b>	<b>O Perfil do Curso de Medicina na Visão Discente.....</b>	<b>94</b>
5.2.1	Visão discente sobre a infraestrutura, a coordenação, o corpo docente e o suporte teórico do curso médico.....	95

5.2.2	Impressões discentes sobre o processo formativo do curso médico..	95
5.2.3	Visão discente sobre o preparo de uma prática humanizada de saúde.....	97
5.2.4	Impressões discentes sobre o perfil do curso de medicina.....	98
5.2.5	Visão discente sobre as metodologias de ensino e de aprendizagem .....	99
5.2.6	Práticas Avaliativas no curso médico.....	101
<b>5.3</b>	<b>As Impressões Discentes Sobre o Uso do <i>Logbook</i>.....</b>	<b>102</b>
5.3.1	Correlação entre a teoria e as atividades práticas do <i>logbook</i> .....	103
5.3.2	Avaliação da estrutura/formato do <i>logbook</i> .....	108
5.3.3	Avaliação da dinâmica de desenvolvimento do <i>logbook</i> .....	110
5.3.4	Papel do docente mediador.....	112
5.3.5	Papel discente no processo.....	114
5.3.6	Potencialidades do <i>logbook</i> .....	117
5.3.7	Fragilidades observadas no <i>logbook</i> .....	119
<b>5.4</b>	<b>Contribuições do <i>Logbook</i> para o Aprendizado na Visão Discente e Docente.....</b>	<b>121</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: DESVELANDO O “SABER-SABOR” DO APRENDIZADO.....</b>	<b>130</b>
<b>7</b>	<b>PERSPECTIVAS FUTURAS: DIVULGANDO A “RECEITA” DO APRENDIZADO.....</b>	<b>136</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>138</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>147</b>
	<b>Apêndice A - Questionário.....</b>	<b>148</b>
	<b>Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>154</b>
	<b>Apêndice C - Modelo do <i>Logbook</i>.....</b>	<b>156</b>

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Evolução do número de médicos no Brasil – 1940 a 2015.....	37
TABELA 2 -	Evolução do número de escolas médicas no Brasil – 1808 a 2015.....	37
TABELA 3 -	Nº de médicos/escolas/nº de vagas existentes no Brasil em 31/03/2015 .....	39
TABELA 4 -	Comparação do nº de escolas médicas/nº de vagas existentes por país, 2014.....	39
TABELA 5 -	Número de escolas médicas e de vagas ofertadas, por Região no Brasil em 2015*.....	40
TABELA 6 -	Gênero e faixa etária dos discentes participantes em 2014.....	84
TABELA 7 -	Procedência dos discentes envolvidos na pesquisa em 2014.....	85
TABELA 8 -	Comparação do perfil de classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado em 2014.....	88
TABELA 9 -	Uso do SUS de acordo com a classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado em 2014.....	89
TABELA 10 -	Experiências universitárias em 2014.....	91
TABELA 11 -	Experiências profissionais em 2014.....	92
TABELA 12 -	Motivação vocacional dos discentes participantes em 2014.....	93
TABELA 13 -	Visão discente sobre a infraestrutura, a coordenação, o corpo docente e o suporte teórico do curso de medicina em 2014.....	95
TABELA 14 -	Impressões discentes sobre o processo formativo do curso de medicina em 2014.....	96
TABELA 15 -	Visão discente sobre o preparo uma prática humanizada de saúde em 2014.....	97
TABELA 16 -	Impressões discentes sobre o perfil do curso de medicina em 2014.....	99
TABELA 17 -	Visão discente sobre as metodologias de ensino e de aprendizagem em 2014.....	100
TABELA 18 -	Práticas avaliativas utilizadas no curso médico em 2014.	101

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Base da terapêutica hipocrática .....	28
QUADRO 2 -	Principais documentos/eventos que influenciaram a formação médica .....	32
QUADRO 3 -	Principais agentes de cura do Brasil-Colônia .....	43
QUADRO 4 -	Organização Curricular do curso de medicina da UNOESTE, 2015.....	54
QUADRO 5 -	Carga horária total do curso de medicina da UNOESTE, 2015.....	55
QUADRO 6 -	Principais cenários práticos do curso médico da UNOESTE, 2015.....	55
QUADRO 7 -	Estrutura curricular do 7º termo da FAMEPP da UNOESTE, 2015.....	56
QUADRO 8 -	Cenários de estágio desenvolvidos no PAI SUS, no 7º termo do curso de medicina da UNOESTE, 2014.....	57
QUADRO 9 -	Caracterização do <i>logbook</i> utilizado na pesquisa de acordo com os recursos mentais mobilizados por cada atividade proposta.....	71
QUADRO 10 -	Categorização das principais estratégias de ensino e aprendizagem retratadas nessa pesquisa .....	73
QUADRO 11 -	Roteiro para construção de um <i>logbook</i> .....	74
QUADRO 12 -	Eixos temáticos e categorias analíticas.....	82
QUADRO 13 -	Correlação entre a teoria e as atividades práticas e as atividades práticas do <i>logbook</i> em 2014.....	104
QUADRO 14 -	Avaliação da estrutura/formato do <i>logbook</i> em 2014.....	108
QUADRO 15 -	Avaliação da dinâmica de desenvolvimento do <i>logbook</i> em 2014.....	110
QUADRO 16 -	Papel do docente mediador em 2014.....	113
QUADRO 17 -	Papel discente no processo em 2014.....	115
QUADRO 18 -	Potencialidades do <i>logbook</i> em 2014 .....	117
QUADRO 19 -	Fragilidades observadas no <i>logbook</i> em 2014.....	119

## LISTA DE SIGLAS

ABEM	– Associação Brasileira de Educação Médica
ADES	– Avaliação Discente da Educação Superior
AMB	– Associação Médica Brasileira
APB	– Aprendizagem Baseada em Problemas
APEC	– Associação Prudentina de Educação e Cultura
APM	– Associação Paulista de Medicina
APS	– Atenção Primária em Saúde
CAPES	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CES	– Câmara de Educação Superior
CF	– Constituição Federal
CFM	– Conselho Federal de Medicina
CINAEM	– Comissão Interinstitucional Nacional da Avaliação das Escolas Médicas
CNE	– Conselho Nacional de Educação
CREMESP	– Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRM	– Conselho Regional de Medicina
DCN	– Diretrizes Curriculares Nacionais
DOU	– Diário Oficial da União
EAD	– Educação a Distância
ENADE	– Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENC	– Exame Nacional de Cursos
ENCM	– Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
FAMEMA	– Faculdade de Medicina de Marília
FAMEPP	– Faculdade de Medicina de Presidente Prudente
FENAM	– Federação Médica Brasileira
FIPA	– Faculdades Integradas Padre Albino
FIES	– Fundo de Financiamento Estudantil
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	– Instituição de Ensino Superior
GAS	– Grupo de Atenção à Saúde
GPS	– Grupo de Promoção à Saúde
LDBN	– Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LHabSim	– Laboratório de Habilidades e Simulação
ME	– Ministério da Educação
MEC	– Ministério da Educação e Cultura
MS	– Ministério da Saúde
NOAPAM	– Núcleo de Orientação e Apoio Psicológico do Aluno de Medicina
OMS	– Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
OSCE – Objective Structured Clinical Examination  
PAI SUS – Programa de Atenção Integral do SUS  
PAPP – Programa de Aproximação Progressiva à Prática e  
PBL – Problem-Based Learning  
PPC – Projeto Pedagógico do Curso  
PPM – Programa de Prática Médica  
PROUNI – Programa Universidade para Todos  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
SM – Salário Mínimo  
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
TPU – Teste de Progressão Unificado  
UA – Unidades de Aprendizagem  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UEMS – União Europeia de Médicos Especialistas  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura  
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas  
UNOESTE – Universidade do Oeste Paulista

## 1 INTRODUÇÃO: ACRESCENTANDO SABOR E COR NA EDUCAÇÃO MÉDICA EM CONTRAPOSIÇÃO AO ENSINO MÉDICO ASSÉPTICO E BRANCO

[...] A educação não é asséptica. Uma educação de pinças e bisturi, máscaras e luvas, de livro de estante catalogado e empoeirado e de laboratório fechado e bolorento não se enquadra no que hoje pode ser a escola.

(ALBUQUERQUE, 2001, p.84)

Historicamente a formação médica guarda correspondência com as práticas sociais predominantes numa dada época. Assim, desde os séculos XVI e XVII, no ensino médico imperou uma compreensão da educação em saúde como um ato normativo, prescritivo, dentro de um modelo biomédico de concepção fragmentária baseado no Método de Descartes que passou a tratar o corpo em partes cada vez menores, na lógica mecanicista, em que o médico especialista é considerado como uma espécie de mecânico capaz de intervir no corpo-máquina com defeito – doença (CRUZ, 2011).

Porém, no limiar do século XXI, a educação na saúde se vê diante de uma nova situação em que a formação médica deixa de ser “só uma coisa da escola” para ser discutida pela sociedade como um todo. Tal constatação ficou evidente na grande onda de manifestações que varreu o país em meados de 2013, quando a população saiu às ruas clamando por mudanças estruturais, técnicas e atitudinais em praticamente todos os setores que envolvem a vida do cidadão.

Nesse cenário, as contradições existentes entre os anseios do ser humano por uma saúde mais plural, que restabeleça a dignidade da vida humana e essa formação em saúde baseada na racionalidade técnica e no conhecimento científico voltado para o “cuidar da doença”, têm contribuído para ampliar a insatisfação da sociedade com o desempenho das profissões de saúde.

Exercendo concomitantemente a função de enfermeira da Atenção Primária em Saúde (APS) na Rede Municipal, há mais de 25 anos, e de docente na Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste Paulista, há mais de 12 anos, presencio rotineiramente a dificuldade enfrentada por muitos médicos recém-formados para transformarem os seus conhecimentos técnicos em uma *expertise* prática que lhes facilitem o ingresso na profissão médica.

A partir de novembro de 2014, passei a vivenciar outro lado desta questão, como mãe de uma recém-formada que, ao sair do ambiente protegido da



escola médica e se lançar no mercado de trabalho, com a “vida dos outros na mão”, expressou situações de conflito com o início de sua profissionalidade.

Tal dificuldade se evidencia sobremaneira nas conjunturas menos técnicas da prática médica, principalmente nas situações que Schön (2000) denominou de zonas indeterminadas da prática, porque não se apresentam como estruturas bem delineadas, exigindo uma capacidade de improvisação que supera o repertório meramente técnico.

Essa práxis se constitui em um sintoma manifesto do ensino apassivado e descontextualizado que evidencia o dilema entre o rigor e a relevância apontado por Schön (2000, p.19), uma vez que “o que os aspirantes a profissionais mais precisam aprender, as escolas profissionais parecem menos capazes de ensinar”.

Comungando com o ideário de “professor-pessoa”, de Nóvoa (1992, p.25) que pressupõe uma interação entre as dimensões pessoais e profissionais do ser humano, comecei a apresentar sinais de desconfortos com a inadequação percebida entre a formação e o mundo do trabalho e frequentemente me via imersa em elucubrações sobre qual seria a parcela que me cabia como docente para a manutenção dessa realidade de ensino pouco transformadora. Questionava-me se haveria “caminhos melhores” a serem trilhados dentro da docência, capazes de tornar o aprendiz mais preparado para responder às demandas da “vida vivida”, que exige sujeitos ativos, capazes de refletir, criticar e recriar a realidade encontrada.

Essas inquietações pessoais abriram a “porta secreta” pela qual, segundo Bireaud (1995) e Cunha (2008), dá-se a entrada da reflexão pedagógica no ensino superior que é a interrogação sobre o trabalho docente motivada pela insatisfação docente com a formação oferecida, e, principalmente, pela cobrança da sociedade, na sua globalidade quanto à solução de seus problemas mais emergentes.

[...] os movimentos dos professores em direção às possibilidades inovadoras, na grande maioria dos casos estudados, têm origem em situações-problema, ou seja, partem de algum desconforto vivido pelos docentes no trato do conhecimento ou no sucesso da aprendizagem de seus alunos (CUNHA, 2008, p. 28).

Porém, o processo reflexivo deve superar a atitude contemplativa para se traduzir em ações, o que exige um domínio de competências que extrapolam o

saber técnico de uma profissão. E, no meu caso, tendo penetrado na docência por ser uma especialista no campo da saúde, ignorava os recursos pedagógicos e referenciais teóricos necessários à boa prática docente.

Essa realidade me aproxima do perfil do docente universitário descrito por Pimentel (1994), quando afirma que

[...] todos os professores têm um domínio do conhecimento amplo, profundo e atualizado, não só do conhecimento programático como da ciência que ensinam. Têm também o conhecimento das ciências correlatas. Nem todos, porém, têm o conhecimento da produção do conhecimento e poucos têm o conhecimento claro e consciente do que é ensinar (PIMENTEL, 1994, p. 85).

Aliás, discorrendo sobre as competências docentes, Tardif (2002) coloca que o professor necessita possuir, além do saber técnico e curricular, conhecimentos relativos às ciências da educação e à pedagogia para desenvolver um saber prático baseado em sua experiência cotidiana com os alunos, que os instigue a pensar por meio de metodologias ativas.

Diante desses dilemas, na Universidade foco desta pesquisa, foram propostas modificações no processo de ensino e de aprendizagem em um cenário prático do curso de medicina. Em essência, as mudanças em curso almejavam não só a prática de um ensino mais contextualizado e a (re)conquista do prazer de ensinar e de aprender, como também possibilitar o que Cyrino e Toralles-Pereira (2004, p. 780) chamam de resgate da “dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos”, a boa relação entre as pessoas.

No novo caminho, as ações experienciadas guardam correspondência com os referenciais de Cunha (2008), que considera inovador propostas que promovam a reconfiguração dos saberes para além da inclusão de novos instrumentos/tecnologias, que se constituem em simples meios e não em fins da atividade docente mais plural, assumindo diferentes dimensões e possibilidades.

Percebeu-se que há experiências mais macros e outras de abrangência micro, envolvendo apenas um professor e seus alunos; há aquelas que se referem às formas de gestão e trabalho coletivo, enquanto outras testam novas metodologias; há as que imbricam diferentes racionalidades na construção do processo ensino-aprendizagem; há as que retomam a desejável indissociabilidade do ensino com a pesquisa; há as que procuram articular diretamente a teoria à prática; há as que experimentam novas alternativas de comunicação envolvendo tecnologias virtuais; há as que procuram inserir o conhecimento científico nos marcos culturais dos estudantes; há as que extrapolam o tempo e o espaço tradicional de sala de aula para alcançar aprendizagens significativas; há ações que estimulam a autoria e protagonismo dos alunos numa perspectiva emancipatória e há as

que lançam mão de processos interdisciplinares para encaminhamento de seus objetos de estudo (CUNHA, 2008, p. 28).

Dessa forma, iniciou-se uma transformação de toda a arquitetura da aula ministrada no 7º termo do curso de medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) localizada em Presidente Prudente/SP, na Unidade de Aprendizagem (UA) do Programa de Atenção Integral no SUS (PAI SUS), durante o estágio desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF): os conteúdos dialogavam com a prática; as atividades desenvolvidas eram pensadas para envolver diferentes operações mentais; a organização espacial e temporal da sala de aula permitia o contato amiado entre estudante e docente, em que este assumia um papel de mediação, com alternância de trabalho individual e coletivo.

Para nortear o desenvolvimento e o registro do aprendizado, construiu-se um instrumento inspirado inicialmente no referencial teórico do portfólio que na sua finalização, de forma casual, identificou-se com outra ferramenta usada em diferentes situações educativas nas práticas universitárias tanto do Brasil quanto do exterior: o *logbook*, que após sua implantação, apontou superação de seu papel inicial de recurso tecnológico (meio).

Essas impressões primeiras sobre o seu uso aliada à dificuldade em encontrar referenciais teóricos que explicassem a sua essência e arquitetura e ao interesse demonstrado por diversos pares sobre sua concepção e operacionalização, despertaram a vontade de documentar essa experiência.

Assim, teve início a presente Pesquisa de Mestrado em Educação instigada pelas seguintes problemáticas:

- ✓ poderia o *logbook* ser utilizado como um princípio metodológico que favorecesse um processo de ensino e de aprendizagem ativo, colaborativo, prazeroso, numa perspectiva crítica do conhecimento?
- ✓ que impressões os discentes e docente envolvidos têm dessa experiência?
- ✓ quais potencialidades e/ou fragilidades se revelam no seu desenvolvimento?

Tais premissas passaram a ser o propósito desta investigação que teve como objetivo geral analisar a relevância acadêmica e social do *logbook* como

procedimento de ensino e de aprendizagem. E, para tanto, buscou-se responder aos subseqüentes objetivos específicos:

- ✓ caracterizar os princípios constitutivos do *logbook*;
- ✓ desvelar as suas potencialidades a partir da lógica dos sujeitos envolvidos (docente e discentes);
- ✓ verificar possíveis fragilidades no seu desenvolvimento.

O caminho escolhido para esse desvelamento foi a abordagem qualitativa de cunho fenomenológico do tipo pesquisa-ação, dado que o ambiente onde se deu a experiência foi a própria sala de aula, e o significado das manifestações foi estudado na perspectiva dos discentes participantes de um dos rodízios de estágio e do docente mediador do processo de aprendizagem. O critério para a escolha do período a ser analisado foi orientado pela data de aprovação do trabalho no Comitê de Ética em Pesquisa (período subseqüente).

A coleta de informações deu-se a partir da aplicação de um questionário em duas etapas: o perfil dos estudantes e as suas impressões sobre o seu processo formativo (1ª etapa) e a visão dos discentes sobre o fenômeno estudado (2º etapa); da análise documental dos *logbooks* produzidos e da observação participante do docente mediador registrada em um diário de bordo.

Os dados obtidos foram tratados à luz da análise de conteúdos de Bardin (2009, p. 45) para se “conhecer aquilo que está por trás das palavras” e selecionar os seus aspectos mais relevantes (recorte).

O enquadramento teórico que serviu de suporte para a pesquisa foi marcado por autores que advogam em prol de um ensino reflexivo, contextualizado, voltado para a autonomia do sujeito como Almeida (2008), Anastasiou (2007), Corrêa e Behrens (2014), Cunha (2008), Freire (2006; 2011), Libâneo (2000), Morin (2003) e Veiga (2015) e a visão progressista de ensino médico de Lampert (2002).

A estrutura da dissertação foi influenciada por uma expressão que durante todo o desenvolvimento da experiência-alvo dessa investigação permeava os meus pensamentos: “o prazer de ensinar e de aprender”.

Acreditando que imergir nos significados é o que dá sentido às nossas vivências, apeguei-me ao termo “sabor” para exprimir a sensação de “prazer” que deve acompanhar o processo de ensino e de aprendizagem, o que me remeteu à linguagem metafórica usada na crônica “Mestres e Cozinheiros”, de Rubem Alves (1988), para ilustrar a construção dos sete capítulos dessa dissertação.

Esse primeiro capítulo retrata as motivações para se introduzir sabor e cor na educação médica em contraposição ao ensino asséptico e branco, além de explicitar a essência da pesquisa.

O segundo capítulo, intitulado de Os Fundamentos Teóricos: as “receitas” filosóficas dos mestres-cucas da educação, traz as concepções de educação e de ensino médico desenvolvidas ao longo do tempo, a fim de “colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, com o objetivo de permitir ao cientista o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações” (LAKATOS; MARCONI, 2009, p. 44).

O terceiro capítulo, Os Procedimentos: “temperos-estratégias” usados para acrescentar sabor e cor aos processos de ensino e de aprendizagem, tem o intuito de caracterizar os procedimentos de ensino relacionados à experiência-alvo dessa pesquisa: o *logbook*, comparando-o com outros instrumentos utilizados nas práticas universitárias atuais.

A fundamentação metodológica utilizada aparece retratada no quarto capítulo denominado de O Método: mecanismos-utensílios utilizados para se revelar os sabores.

O quinto capítulo, Resultados e Discussão: tirando a tampa da panela para ver o que está lá dentro, inicia o processo de imersão nos significados da pesquisa ao revelar o perfil dos discentes e do curso de medicina que são, respectivamente, sujeitos e cenário desta investigação, e as impressões sobre o uso do *logbook* na visão dos estudantes e do docente que é o pesquisador participante

O capítulo seis, Considerações Finais: desvelando o “saber-sabor” do aprendizado, elucida as reflexões sobre o construto dessa pesquisa que consubstanciou para o alcance dos objetos propostos de caracterização do *logbook* e de identificação de suas potencialidades e fragilidades, mas principalmente para sua significação como um procedimento dotado de relevância acadêmica (processo de ensino e de aprendizagem ativo, colaborativo e contextualizado que pode contribuir para práticas mais progressistas de ensino e aprendizagem não só do curso médico como também de outras ciências) e também social (discentes com possibilidade de apreensão do real em suas práticas de saúde), o que configura o seu compromisso com uma concepção sociocrítica do conhecimento.

As perspectivas futuras: divulgando a “receita” do aprendizado é a temática do sétimo capítulo que trata dos possíveis desdobramentos da pesquisa.

Cessado o processo de estruturação dos capítulos da dissertação, com uma visão mais clara da essência da pesquisa, baseado em duas premissas, procedeu-se à delimitação do título dessa dissertação: O *logbook* como procedimento de ensino e de aprendizagem: acrescentando sabor e cor ao ensino médico asséptico e branco.

A primeira premissa usada para a escolha do título guarda uma analogia com a ciência em que se deu essa experiência: a medicina, cujo processo formativo aparece profundamente impregnado pelo distanciamento físico provocado pelos procedimentos assépticos do seu repertório técnico, marcado pela objetividade e a supremacia da técnica em detrimento do prazer de aprender, o que lhe concedeu a alcunha de um “ensino asséptico”.

A cor branca se associa à vestimenta dos alunos e profissionais da saúde e por que não ao “esvaziamento”, ao “branco” das relações tanto médico-paciente quanto professor-estudante, tão bem retratadas nos dizeres de Tsuji e Aguiar-da-Silva (2010), ao justificarem o sugestivo tema de seu livro *Aprender e ensinar na escola vestida de branco: do modelo biomédico ao humanístico*.

Em contraposição a esse ensino asséptico e branco está a “cor e o sabor” incutidos na *Filosofia Culinária da Educação*, de Rubem Alves (1988) e nas estratégias de ensinagem, de Anastasiou (2007) que advogam a favor da recuperação do prazer, do sabor de aprender e de ensinar de alunos e professores.

A pesquisa proposta representou um desafio, dado o reduzido registro existente sobre a caracterização do referido instrumento e seu uso dentro da educação e por isso não carrega a pretensão de “verdade absoluta”.

Antes, preocupa-se em documentar e desvelar essa experiência de ensino e de aprendizagem nascida a partir de inquietações pessoais que levaram a pesquisadora participante a percorrer um novo caminho, um “caminho feito ao caminhar”, como diria o poeta espanhol *Antonio Machado* (1835-1939) In *Proverbios y cantares XXIX em Campos de Castilla*:

Caminhante, é o teu o rasto  
o caminho, e nada mais.  
Caminhante não há caminho,  
o caminho faz-se ao andar [...]

## 2 OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS: AS “RECEITAS” FILOSÓFICAS DOS MESTRES-CUCAS DE EDUCAÇÃO

Cozinha: ali se aprende a vida. É como uma escola em que o corpo, obrigado a comer para sobreviver, acaba por descobrir que o prazer vem de contrabando. A pura utilidade alimentar, coisa boa para a saúde, pela magia da culinária, se torna arte, brinquedo, fruição, alegria. Cozinha, lugar dos risos...

Pensei então se não haveria algo que os professores pudessem aprender com os cozinheiros: que a cozinha fosse a antecâmara da sala de aulas, e que os professores tivessem sido antes, pelo menos nas fantasias e nos desejos, mestres-cucas, especialistas, nas pequenas coisas que fazem o corpo sorrir de antecipação.

Isto. Uma Filosofia Culinária da Educação [...]

(ALVES, 1988, p. 92).

Neste capítulo serão abordadas as transformações das concepções de ensino e educação e da educação médica, cenário no qual se deu a experiência-alvo da pesquisa.

Buscar-se-á contextualizar o processo educativo para evidenciar a sua trajetória até a adoção de um ensino mais reflexivo que não exclua o prazer do processo de ensino e de aprendizagem, um “saber saboroso”, tal qual a prescrição constante na “Filosofia Culinária de Educação” (ALVES, 1988, p. 92).

Trata-se de uma linguagem metafórica utilizada por Rubem Alves em sua crônica *Mestres e cozinheiros* (1988) para se referir ao processo de ensino e de aprendizagem em que o verbo principal é o da *partilha* não só de saberes, mas também de afetos ou sentidos de vida e o substantivo preponderante é o *prazer* de ensinar e de aprender.

### 2.1 Concepções de Educação/Ensino

Se durante mundo tempo o homem foi considerado um cidadão da cidade, da *pólis*, que se fechava em seus próprios muros, com uma visão fragmentada de mundo, hoje no limiar do século XXI, com o avanço da globalização e da tecnologia da informação que encurtou distâncias, é um cidadão cosmopolita, do *kósmos*, do mundo, da natureza.

Nesse contexto, em que a parte não pode ser dissociada do todo, as transformações na sociedade-mundo têm provocado mudanças também nos

processos de ensino e de aprendizagem, assumindo diferentes significados em decorrência das mutações nas concepções de escola e na construção do saber.

E, sem desconsiderar tudo o que já se produziu em termos de educação ao longo da história, o recorte considerado para sustentar o referencial teórico desta pesquisa apoia-se nas concepções de ensino e de aprendizagem mais atuais, especialmente do século XX em diante.

No presente, os discursos apontam para a superação do ensino assentado no paradigma conservador marcado, segundo Corrêa e Behrens (2014, p.56), pela objetividade, fragmentação, verbalismo e memorização. Prioritariamente, os conteúdos, desvinculados da prática social, ocupam a centralidade da aula, “proferida em forma de “sermão”, o silêncio impera, com a concepção de que aula dada é aula acabada”. Aliás, essa desarticulação teórico-prática nos processos formativos, já há muito tempo permeia os estudos de Libâneo (2000).

O aluno é, assim, um receptor de matéria e sua tarefa é decorá-la. Os objetivos, explícitos e ou implícitos, referem-se à formação de um aluno ideal, desvinculado da sua realidade concreta. O professor tende a encaixar os alunos num modelo idealizado de homem que nada tem a ver com a vida presente e futura. A matéria de ensino é tratada isoladamente, isto é, desvinculada dos interesses dos alunos e dos problemas reais da sociedade e da vida [...] (LIBÂNEO, 2000, p. 64).

Essa educação focada no domínio científico e nos saberes de uma profissão não atende aos desafios de uma sociedade globalizada que requer um saber menos fragmentado, capaz de responder à inadequação crescente entre os saberes compartimentados em disciplinas e realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares e globais, cujas soluções não podem ser pensadas de forma descontextualizada (MORIN, 2003).

No novo modelo não cabe mais a rígida arquitetura espacial da sala de aula, semelhante aos conventos e quartéis, com obsessão pela organização, pela ordem, pela pontualidade, pela compostura e pela disciplina de corpo e movimento que acompanhava o ensino conservador (ENQUITA, 1989). Tal perfil requer uma sala de aula “vivificada”, um espaço de vivência do real (CORRÊA; BEHRENS, 2014).

Buscando respostas para essas questões, na primeira metade do século XX, surge o *escolanovismo*, uma corrente de educação mais reflexiva encabeçada por Dewey (1859-1952), que propôs uma aprendizagem baseada em



problemas que valorizassem experiências concretas, motivadoras para o estímulo cognitivo, visando escolhas e soluções criativas. Esse movimento trouxe o aluno para o centro do ensino. (LIBÂNEO, 2000; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004; VEIGA, 2015).

Veiga (2015), sem desconsiderar os avanços promovidos pelas ideias pedagógicas da Escola Nova para a autonomia intelectual e para a valorização do aluno, faz uma crítica a esse modelo no livro *Formação médica e aprendizagem baseada em problemas*, ao apontar a contribuição do lema escolanovista do “aprender a aprender” para a desvalorização do papel do professor no processo de ensino e aprendizagem, que passou a ser um auxiliar no desenvolvimento livre e espontâneo do estudante, fortalecendo, o subjetivismo em detrimento das relações mais colaborativas.

Dessa perspectiva, o papel do professor deixa de ser o daquele que ensina para ser o de facilitador ou aquele que auxilia o estudante em seu próprio processo de aprendizagem. Esse lema fortalece o esvaziamento e a desvalorização do papel do professor e conseqüentemente, da profissão docente. Ao secundarizar o papel do professor, o lema “aprender a aprender” retira do ato de ensinar a produção e a transmissão do conhecimento historicamente produzido pela humanidade, isentando o professor da tarefa de promover a apreensão do conhecimento (VEIGA, 2015, p. 287).

Duarte (2001) é outro autor que critica o lema do “aprender a aprender” incomodado com a hierarquia valorativa na qual aprender sozinho se tornou mais importante do que o que se aprende por meio da transmissão, e no qual o método de construção do conhecimento tem supremacia sobre o conhecimento socialmente já produzido.

Os caminhos percorridos ao longo do tempo, segundo Veiga (2015), apontam para superação das metodologias ativas de cunho escolanovista (o aluno ocupa posição central e o professor fica secundarizado) e das pedagogias tecnicistas (a didática e o resultado são o centro e o professor e o aluno ocupam papéis secundários) em prol da adoção de uma pedagogia histórico-crítica que coloca professores e alunos igualmente inseridos, porém em posições distintas.

Esse tipo de ensino permite a “leitura de mundo”, a superação do “olhar ingênuo”, que possibilita a curiosidade e a decifração cada vez mais crítica das situações limites e a emersão da criatividade, do “inédito viável” (FREIRE, 2006, p. 106).

Na concepção que emerge, Morin (2003, p.11) advoga que a missão do ensino não é mais transmitir o mero saber, mas sim “uma cultura que permita compreender nossa condição e nos ajude a viver, e que favoreça, ao mesmo tempo, um modo de pensar aberto e livre”.

Nesse viés de pensamento se assentam as reflexões de Anastasiou (2007), para quem “o verbo ensinar, do latim *insignare*, significa marcar com um sinal, que deveria ser de vida, busca e despertar para o conhecimento”. Para a autora, ensinar é um verbo de ação que contém, em si, duas dimensões: *uma utilização intencional e uma de resultado*, ou seja, a intenção de ensinar e a efetivação dessa meta pretendida.

No cotidiano da sala de aula, as ações docentes de ensinar, aprender e apreender são muitas vezes praticadas de forma disjunta, ouvindo-se inclusive de professores afirmações do tipo: “eu ensinei, o aluno é que não aprendeu”, decorrente da ideia de que ensinar é fazer uma exposição competente do conteúdo (ANASTASIOU, 2007).

Entretanto, se a meta for a apropriação do conhecimento pelo aluno, para além do simples repasse da informação, é preciso se reorganizar: superando o *aprender*, que em essência significa tomar conhecimento, mas que na prática tem se resumido em memorização, na direção do *apreender*, do latim *apprehendere* que significa segurar, assimilar mentalmente, entender, compreender, *agarrar* (ANASTASIOU, 2007).

Nessa lógica, embora as palavras “informação”, “conhecimento” e “sabedoria” sejam utilizados como sinônimos, elas possuem significados distintos e o processo de metamorfose da primeira na segunda e da segunda na terceira requer um saber pensar bem que envolve a seleção de informações e a atribuição de significados, pois conhecimento é tratamento de informações, já a sabedoria é o essencial do conhecimento, é o conhecimento pertinente, ou seja, a informação pensada em seu contexto (ALMEIDA, 2008).

O bojo dessa metamorfose que Almeida (2008) denomina de autoformatação exige a desconstrução de uma forma de ensinar e aprender do professor (formado na lógica da disciplinaridade e especialidade) e de alunos (acostumados a serem presenteados com “kits básicos” de conhecimentos) para reconstruí-la em novas bases, na qual ambos se esforçam para ligar parte e todo, fenômeno e ambiente, vida e ideias.

Freire (2006) argumenta que desse modo trabalha-se com vistas à autonomia intelectual, o que requer participação ativa dos sujeitos dentro de uma linha em que educandos se apropriem da significação profunda do conteúdo ensinado e que educadores aprendam ao ensinar.

[...] quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. (FREIRE, 2011, p. 25).

Destarte, o estudante deixa de ser objeto do conhecimento já estabelecido para se transformar em sujeito do aprendizado, assumindo o papel de protagonista de sua história, num processo que valoriza a atitude e a criatividade. E o professor, despido da obrigação de ser o detentor do saber, pode incluir a dúvida e a incerteza no seu repertório e se colocar como alguém capaz de auxiliar o aluno a transformar informação em sabedoria.

No movimento que toma corpo, ao abrir-se para o aprendizado ao mesmo tempo em que ensina, o docente pode (re)descobrir o prazer de ensinar e conduzir o aluno para experienciar uma aprendizagem saborosa. Com efeito, o professor revela-se assim, um docente ensinante, que se mostre conhecendo e não conhecedor, que se mostre pensante e não dono do pensamento (FERNÁNDEZ, 2001).

O docente que assim procede, parece assumir o papel que Alves (1988, p. 93) no seu fazer poético denomina de “Cozinheiro: bruxo, sedutor”. “-Vamos, prove, veja como está bom...”. Palavras que não transmitem saber, mas que atentam para um sabor”. Talvez aí, mais afeito a construção conjunta de um aprendizado em que caiba o prazer de ensinar e de aprender, o docente transforme-se num verdadeiro “mestre-cuca, especialista, nas pequenas coisas que fazem o corpo sorrir de antecipação” (ALVES, 1988, p. 92).

No processo de transmutação pretendido, a escola deixa de ser um ambiente de ensino marcado pela distância física (e psíquica) entre seus atores, para assumir uma nova arquitetura espacial que possibilite “o encontro entre pessoas”, um espaço vivo e acolhedor, com formação de pequenos grupos de aprendizagem e atividades extramuros.

Assumindo tal formato, a escola acaba por se constituir em uma “cozinha-escola”, espaço “fértil” de convivência entre docentes e alunos, local “de risos”, no qual “sentidos adormecidos acordam” e “se aprende a vida” (ALVES, 1988, p. 92).

Despertos os sentidos da recuperação do prazer de ensinar e de aprender, caminha-se em direção ao “processo de ensinagem” proposto por Anastasiou (2007, p. 3), em que há a substituição da exposição tradicional de conteúdos em prol de uma parceria consciente entre professor e aluno que engloba “tanto a ação de ensinar quanto a de apreender, em processo contratual, para o enfrentamento na construção do conhecimento escolar, resultante de ações efetivadas na, e fora da sala de aula”, sendo fundamental nesse processo um clima de trabalho em que ambos possam *saborear* o conhecimento em questão.

Incorporar esses paradigmas parece ser o grande desafio do ensino superior na atualidade, de forma a reassumir o papel, segundo a UNESCO (2008), de força motriz para o desenvolvimento cultural, social e econômico de uma sociedade globalizada, multifacetada, em constante mutação.

O ensino superior é uma força motriz para o desenvolvimento cultural, social e econômico das nações e das pessoas, como fator endógeno de aumento de capacidades e promotor dos direitos humanos, de solidariedade intelectual internacional, de desenvolvimento sustentável, de democracia, de paz e de justiça. As instituições de ensino superior, como centros de pesquisa, ensino e debate intelectual, desempenham um papel crucial na produção e partilha de conhecimentos, assim como na preparação dos estudantes para uma ampla gama de profissões e responsabilidades na sociedade. No contexto da rápida evolução tecnológica, as instituições de ensino superior devem dotar os alunos com as capacidades, habilidades e oportunidades que lhes permitam adaptarem-se continuamente às exigências das sociedades do conhecimento. (UNESCO, 2008, p. 7).

## 2.2 O Ensino Médico

Nesta seção será abordada a trajetória evolutiva da formação médica, a qual se acha intrinsecamente ligada ao desenvolvimento da própria medicina, porém ao contrário do enquadramento mais atual utilizado para caracterizar as concepções de educação/ensino, para melhor entendimento do ensino médico, *locus* da pesquisa, adotou-se a periodização clássica da historiografia da humanidade para permear essa *reconstrução* dos fatos.

Não obstante, a falta de registros escritos que atestem a ocorrência de um ensino médico na Antiguidade, foi comprovado por meio da arqueologia que os antigos egípcios dominavam complexas operações cirúrgicas e processos de mumificação de corpos, o que pressupõe o domínio de algum conhecimento prévio.

Na Grécia antiga, a medicina inicialmente esteve ligada à dimensão místico-religiosa (deuses e espíritos), na qual as doenças eram associadas ao castigo divino, à manifestação de espíritos diabólicos ou aos feitiços.

O maior expoente desse culto às divindades foi o deus Asclépio, que segundo a mitologia viveu há 1500 anos a.C. (MAGALHÃES; NUNES, 2014).

Asclépio, o deus da medicina, era filho de Apolo e foi educado pelo Centauro Quíron, que lhe ensinou a arte da medicina, a cirurgia e o uso de ervas medicinais. A cultura grega reporta que seus seguidores lhe dedicavam templos, rendiam tributo aos deuses e praticavam rituais de cura para alívio dos males que sofriam. Aos templos acorriam os enfermos que buscavam, mediante a prática dos sacerdotes – conjuros, cânticos, dieta, banhos, ginástica, sono e interpretação de sonhos –, a atenuação de padecimentos e cura (MAGALHÃES; NUNES, 2014, p. 449).

Posteriormente, a civilização grega adotou uma visão de saúde-doença mais ligada à razão, sendo a pioneira no estudo dos sintomas das doenças, com destaque para o médico Hipócrates (460 a.C. - 377 a.C.) considerado o pai da medicina, conhecido por sua ética e rejeição da superstição e do misticismo como causa das doenças (modelo empírico – racional de saúde) e pela organização do *Corpus hippocraticum*, um tratado médico que serviu como modelo de atuação e conduta médica durante muitos séculos (REBOLLO, 2006).

Em termos de formação, Rebollo (2006, p. 49) lembra que, no final do século V e primórdios do século IV a.C., uma escola como a de Cós onde Hipócrates se formou, não passava de um “centro localizado numa cidade ou um mestre que fornecia ensinamentos aos seus filhos e discípulos”.

Lampert (2002) cita que esse sistema mestre-aprendiz era a forma de ensino mais frequente nas escolas médicas até a idade Antiga, nas quais o modo de se produzir médicos era voltado para a aprendizagem para o trabalho, sendo o aprendiz um ajudante que seguia os passos de seu mestre, opinião também corroborada por Rebollo (2006) quando diz que,

O ensino da medicina seguia a tradição grega do aprendizado técnico, uma vez que a medicina era uma *techné*, um saber teórico voltado para a arte manual. A maneira como tais ofícios eram ensinados permanece obscura.

Alguns elementos são mais conhecidos do que outros e o que se sabe pode ser resumido em poucas palavras. O aprendiz era um cidadão livre. No caso de filho ou neto, ou mesmo de um aprendiz sem laços de sangue, devia seguir um mestre e freqüentar a sua escola. Quando o médico pretendia estabelecer-se numa cidade para clinicar, o nome do professor era a única exigência solicitada pela assembléia para a comprovação da formação médica (REBOLLO, 2006, p. 49-50).

Na Roma Antiga há registros que apontam que desde o século II já existiam serviços médicos públicos, sendo o estudante de medicina subvencionado pelo Império Romano que, em troca, exigia que ele prestasse assistência aos pobres. Seu maior expoente foi o médico Galeno (129/130 d.C. - 199/200 d.C.), autor da teoria dos Quatro Temperamentos, uma sequência da teoria hipocrática dos Quatro Humores que admitia que o predomínio constante de determinado humor levava ao surgimento de um tipo específico de temperamento que marcaria as relações de saúde-doença das pessoas (REBOLLO, 2006).

Na base dessa terapêutica de origem hipocrática, o corpo seria formado por quatro elementos (ar, fogo, terra e água), cada um deles com uma qualidade específica (umidade, secura, calor e frio) e dentro deles formavam-se os quatro humores (sangue, pituíta (muco), bÍlis amarela e bÍlis negra), que em desequilÍbrio causariam a doença. Sua nosologia estabelece relações entre os quatro elementos da natureza, as faixas etárias, as estações do ano e os temperamentos humanos, conforme descrito no Quadro 1.

QUADRO 1 - Base da terapêutica hipocrática.

ELEMENTOS	QUALIDADES	HUMORES	IDADES	ESTAÇÕES	TEMPERAMENTOS
AR	QUENTE E ÚMIDO	SANGUE	INFÂNCIA	PRIMAVERA	SANGUÍNEO
FOGO	QUENTE E SECO	BILE AMARELA	JUVENTUDE	VERÃO	BILIOSO/COLÉRICO
TERRA	FRIA E SECA	BILE NEGRA	MATURIDADE	OUTONO	MELANCÓLICO
ÁGUA	FRIA E ÚMIDA	FLEUGMA/PITUÍTA	VELHICE	INVERNO	FLEUMÁTICO

Fonte: Rebollo (2006, p. 56).

Na Idade Média, apesar da difusão do modelo hipocrático, os conceitos de origem e cura das doenças apareciam muito atrelados ao espiritualismo, havendo poucos avanços na ciência médica, refreada pelo catolicismo dominante, que considerava as pesquisas científicas como bruxarias e feitiçarias. Não obstante, no

seio de todo o obscurantismo que marcou a chamada “Idade das Trevas” nasceu a Universidade no século XII e um novo formato de ensino médico.

Segundo Lampert (2002), essa transformação foi devida à uma mudança estrutural no campo da clínica médica, que separou o trabalho manual (assistência) do intelectual (formação). Essa dissociação tornou-se uma questão central na formação médica atual e teve reflexos profundos na formação do futuro médico que foi alijado do trabalho produtivo. Por conseguinte, ele acabou se tornando um acadêmico, sem poder de intervenção nos problemas de saúde da população, quase que um espectador, com sua prática tomando a dimensão de uma experiência pedagógica e não de uma possibilidade de transformação da sociedade em tempo real.

Na Era Moderna, a partir do século XVI, predominou o modelo de medicina científica ocidental, biomédico que associa o processo de adoecimento às causas sociais, econômicas e físicas, de cunho cartesiano, por propor o fracionamento do problema em partes para facilitar o seu entendimento (CRUZ, 2011). Segundo Fritjof Capra (1982), esse enfoque expõe a visão mecanicista-reducionista do processo saúde-doença, na qual o corpo é visto como uma máquina, o médico como mecânico e a parte doente, como um defeito a ser reparado.

Esse período também ficou marcado por um fato que influenciou definitivamente a formação médica: a publicação, em 1910, do livro *Medical Education in the United States and Canadá*, mais conhecido como *Flexner Report* ou Relatório Flexner, que alterou toda a arquitetura curricular das escolas médicas do ocidente. (LAMPERT, 2002; PAGLIOSA, DA ROS, 2008; ALMEIDA FILHO, 2010).

Trata-se de um estudo empreendido durante 06 meses pelo educador e pesquisador social norteamericano *Abraham Flexner* (1866-1959), fruto de um programa de avaliação da educação superior nos Estados Unidos e Canadá, encomendado pela Associação Médica Americana à *Carnegie Foundation*, que evidenciou a situação caótica do ensino médico nesses países.

Na sua pesquisa, Flexner apurou que a maioria das escolas médicas eram privadas e constituídas para a geração de dinheiro, pois o pagamento das mensalidades praticamente assegurava a concessão do título de médico, independente da frequência ou não às aulas ministradas (OS CAMINHOS... 2004).

Em suas críticas, ele evidenciou que das 155 escolas visitadas somente 31 delas estariam aptas para continuar funcionando, pois as demais

careciam de condições básicas para o ensino médico e amparado pela pressão exercida pela associação da corporação médica com o grande capital (indústrias de produtos farmacêuticos e de equipamentos médico-hospitalares) para a adoção de uma medicina mais científica, muitas delas foram extintas nos anos seguintes (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; ALMEIDA FILHO, 2010).

Nos EUA, o número de escolas de Medicina caiu de 131 para 81 nos 12 anos posteriores ao informe. O número de escolas médicas homeopáticas diminuiu de 20 para 4 entre 1910 e 1920. Muitas se converteram ao modelo biomédico, a última escola de fisiomedicalismo foi fechada em 1911. Cinco das sete escolas para negros foram fechadas. A escola médica se elitizou e passou a ser freqüentada pela classe média alta (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 495).

O arquétipo de escola médica flexneriano foi inspirado na escola alemã, cujo modelo era centrado no laboratório, na hierarquia, na especialização, nas pesquisas experimentais e se opunha ao modelo francês, que desde 1830 instituiu um padrão de ensino médico ao lado do leito do paciente e nos anfiteatros do hospital, com realização de pesquisas clínicas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A reforma flexneriana tinha um cunho positivista e pregava o rigoroso controle de admissão, o menor número de alunos nas salas de aula, a dedicação exclusiva dos médicos docentes, o currículo de 04 anos, com 02 anos de ciclo básico, em laboratório e 02 anos de ensino clínico no hospital, que se tornou o principal cenário de transmissão do ensino médico no século XX (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; LAMPERT, 2002).

Nos anos seguintes, adotado pela Fundação Rockefeller, o padrão flexneriano passou a ser difundido em várias partes do mundo que para receber em suas Escolas Médicas doações filantrópicas (recursos financeiros), tinham que adotar sua matriz pedagógica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Decorridos mais de cem anos após a sua concepção, esse modelo ainda gera polêmica com seus defensores valorizando a adoção de maior cientificidade e organização no ensino médico, e seus críticos denunciam a sua falta de preocupação com o viés social na formação médica e a excessiva centralização do ensino na doença, no hospital, no individualismo e na especialização precoce, ainda na graduação, formando o que Lampert (2002, p. 67) chama de “pseudo-especialistas”.



No presente, à luz de estudos mais aprofundados, diferentes estudiosos como Pagliosa e Da Ros (2008) e Almeida Filho (2010), vislumbram nos escritos de Flexner uma defesa do humanismo nas relações médico-paciente. Mas segundo Lampert (2002, p. 65), esse humanismo se inviabiliza na prática, porque “não basta que Flexner tenha exortado ao humanismo, pois a estrutura paradigmática com a qual trabalha é essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e focada nas especializações”.

Paralelamente à hegemonia da racionalidade técnica e científica, começa a surgir em diferentes partes do mundo um incipiente movimento de resgate da visão social do processo de saúde-doença, mais correlacionado aos modos de produção da sociedade e da interação com o meio.

Na segunda metade do século XX, essa visão ganha corpo, capitaneada pelo expressivo avanço conceitual na saúde promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No novo paradigma, a saúde passa a ser associada ao estado de completo bem-estar físico, social e mental, com suas causas associadas à dimensão biológica e aos determinantes sociais.

A partir dos anos 60, as críticas ao modelo biomédico tornam-se recorrentes e alcançam os processos formativos, materializando a chamada “crise da escola médica”, confundindo-se com a “crise de identidade” que acomete a própria instituição Universidade, à qual, imersa num cenário social globalizado, marcado pela lógica capitalista (que transforma a produção do conhecimento em mercadoria regida pela lei da oferta e procura), sofre pressão para se ocupar da produção de conhecimentos úteis na formação de mão-de-obra qualificada para o mercado (SANTOS, 2005).

Diante das críticas e da pressão de que tem sido alvo, a universidade é compelida a uma ação essencialmente instrumental, determinada pela lógica de competitividade, eficácia e produtividade própria da empresa capitalista. As disciplinas da área das humanidades, cuja natureza está voltada para a reflexão, o questionamento filosófico e social, são vistas como dispensáveis. Nesse contexto, as expectativas e condições dos estudantes diversificam e colocam novos desafios para o docente universitário (SOARES; CUNHA, 2010, p.15).

Dessas inquietações, na transição da década de 60/70, surge uma proposta de medicina de cunho mais preventivo em oposição ao modelo hospitalocêntrico dominante, que focaliza modelos mais integrais em saúde e que

dominou o temário dos mais renomados fóruns de discussão de saúde ocorridos nas décadas de 70 e 80, conforme descritos no Quadro 2.

QUADRO 2 – Principais documentos/eventos que influenciaram a formação médica.

ANO	DOCUMENTO	LOCAL	AÇÕES
1974	Relatório Lalonde	Canadá	1º relatório de governo do ocidente a reconhecer que: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ a assistência médica centrada no viés biomédico é errado;</li> <li>✓ a saúde tem 4 elementos gerais (biologia; ambiente, estilo de vida e assistência);</li> <li>✓ as pessoas são responsáveis em mudar seu comportamento para melhorar a sua saúde e a saúde pública deve focar na população de risco.</li> </ul>
1978	Declaração de Alma-Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde)	Cazaquistão (antiga URSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ critica o liberalismo médico, a mercantilização e a falta de visão social nas práticas em saúde;</li> <li>✓ ressalta a importância da APS como chave para uma promoção de saúde que atenda às necessidades de saúde mais prevalentes;</li> <li>✓ propõe à incorporação da universalidade e equidade no acesso à saúde;</li> <li>✓ defende o lema da OMS como meta de todos os governos: “Saúde para todos no ano 2000”.</li> </ul>
1986	Carta de Ottawa (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)	Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ a promoção de saúde é um fator primordial para melhorar a qualidade de vida, sendo responsabilidade de todos;</li> <li>✓ saúde vista como qualidade de vida;</li> <li>✓ enfatiza a necessidade de políticas saudáveis e “empowerment” de grupos/ indivíduos.</li> </ul>
1988	Declaração de Edimburgo (Conferência Mundial de Educação Médica)	Escócia	Norteou princípios gerais para a formação médica: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ampliar campo de estágio para além dos hospitais;</li> <li>✓ conteúdos curriculares de acordo com as prioridades de saúde do País;</li> <li>✓ currículos e sistemas avaliativos que valorizem competências e valores sociais e não apenas a retenção de informações.</li> </ul>

Fonte: Brasil, 2002 - Cartas da Promoção da Saúde.

Os documentos resultantes desses eventos são referências em todo o mundo e têm em comum o fato de seus conteúdos expressarem duras críticas à ideologia liberal que rege os padrões de mercado da saúde ocidental, que dificultam o acesso à saúde e a redução dos custos dos procedimentos (BRASIL, 2002).

Os novos pressupostos estabelecidos na área da saúde dão destaque à Atenção Primária de Saúde (APS) que, com sua vocação para a promoção de saúde e prevenção de doenças, constitui-se na “porta de entrada” preferencial do

sistema de saúde, sendo capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde.

Em que pese todos os fatos históricos referentes ao avanço da medicina ou as concepções de ensino médico, Lampert (2002) acrescenta um novo componente a essas discussões, ao considerar que a formação médica não está restrita ao âmbito da escola médica e seus programas curriculares, sofrendo pressões e influências da macropolítica que a circunda.

Diante desse contexto, embora a formação médica preserve a sua finalidade de formar recursos humanos para atender às necessidades de saúde da população, ela não acontece isolada na esfera da educação. Antes, ela sofre as influências do mercado de trabalho, dos modos de produção de saúde, da prática médica, das instituições corporativas, das intervenções estatais e das ideologias políticas e econômicas que sustentam o paradigma pedagógico vigente e que acabam por serem relevantes em relação à quantidade e a qualidade de recursos humanos resultantes do processo formativo (LAMPERT, 2002).

Assim, não se pode desconsiderar que há um “efeito colateral” decorrente de um “currículo oculto”, fruto de complexos processos sociais, que, de forma quase “marginal”, acaba por sobrepujar o currículo formal inerente à profissão, sendo determinante para a construção do perfil do futuro profissional.

Neste panorama, Lampert (2002) aborda a existência de um aprendizado indireto, no qual o estudante de medicina incorpora, de maneira quase imperceptível, atitudes, valores e determinados padrões de comportamento que lhe dão prestígio social como subproduto do convívio com os modelos profissionais (instrutores e profissionais) e pacientes, adquirindo um jeito e uma postura de médico que vai se modificando ao longo da graduação.

O aluno entende [...] que ser especialista dá mais prestígio; que certas especialidades gozam entre a população e entre os médicos de maior reconhecimento que outras; que a “boa medicina” é a que se faz com o paciente hospitalizado; que a atenção ambulatorial não é gratificante; que o trabalho mais importante do médico é fazer o diagnóstico; e que a solução do problema do paciente escapa de certa forma de sua responsabilidade, uma vez que nele interferem muitos fatores, entre eles a “falta de colaboração” dos clientes; que os doentes crônicos são “chatos”; e que o trabalho médico é essencialmente tratar das situações agudas (GALLI, 1989 apud LAMPERT, 2002, p. 37).

Tsuji e Aguilar-da-Silva (2010) partilham dessa visão que considera os modelos profissionais em voga como fator fundamental para a resistência dos estudantes à uma prática de tratar pessoas ao invés de tratar doenças.

[...] os cursos de medicina ensinam os estudantes a tratar a doença e não, o doente com a doença. Reside aqui a principal questão que leva à resistência aos processos de mudança curricular, processo de aprendizagem e na forma de exercer a medicina (TSUJI; AGUILAR-DA-SILVA, 2010, p.30-31).

Nesse contexto, as práticas universitárias médicas parecem convergir para um perfil educacional que perpassa por uma aproximação entre a educação e as necessidades do mundo real, reduzindo as distâncias entre a escola e o trabalho sem, no entanto, deixar de dar sentido ao papel do homem nesse processo, exigindo que a universidade resgate o seu papel de “formadora de gente e não de mercadoria”.

Com o intuito de alcançar esses objetivos, muitas Instituições de Ensino Superior (IES) incorporaram em seus currículos o uso de metodologias ativas de aprendizagem centradas no estudante, como o PBL - *Problem-Based Learning* ou ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas e, a Problematização.

A ABP surgiu no final da década de 60 no ensino médico nas Universidades de McMaster, no Canadá e de Maastricht, na Holanda e, constitui uma proposta curricular de curso que integra disciplinas, cujo aprendizado teórico é centrado no aluno e se dá através da resolução de problemas elaborados por especialistas. Por outro lado, a Metodologia da Problematização tem se dado mais comumente pelo Método do Arco, de Charles Maguerez, cujos pontos chaves são: observação da realidade; delimitação de pontos-chaves; teorização; hipóteses de solução e aplicação à prática (BERBEL, 1998).

As duas propostas, que se desenvolvem a partir de visões teóricas distintas, têm pontos comuns e pontos diferentes. Nas duas propostas, o ensino e a aprendizagem ocorrem a partir de problemas. Na Metodologia da Problematização, enquanto alternativa de metodologia de ensino, os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, enquanto proposta curricular, os problemas de ensino são elaborados por uma equipe de especialistas para cobrir todos os conhecimentos essenciais do currículo. O conhecimento de suas características não permite confundi-las, mas, com certeza, tomá-las como alternativas inspiradoras de um ensino inovador que ultrapasse a abordagem tradicional (BERBEL, 1998, p.139).

Veiga (2015) considera que, no presente, esses modelos ativos que adotam os processos de ensino do “aprender fazendo” e de “aprender a aprender”, a nos quais é enfatizada a dimensão técnica do processo de ensino, foram superados em prol de um modelo que incorpora a dimensão político-social na prática educativa.

Dotada de viés sociocrítico, a despeito das imperfeições que possam ter, as metodologias ativas como colocado por Souto (2015, p, 13), se constituem em maneiras diferentes de ensinar que suplantam a “aprendizagem individualista, enfadonha, vertical e passiva em prol de uma forma de ensinar e aprender coletiva, desafiadora, horizontal e participativa, que explora e estimula o potencial crítico, criativo e construtivo de estudantes e professores”.

São alternativas que podem ser utilizadas para sobrepujar os excessos de um ensino tecnicista, biocentrado e pouco solidário, a fim de que o objeto primeiro da medicina volte a ser “o cuidar do ser humano”, o que inclui um olhar humanizado para o próprio estudante, pois conforme o pensamento de Martins (1991, p. 363), “o ensino médico que não reflete sobre o ser humano que há no médico participa de modo altamente prejudicial nas deformações adaptativas do futuro profissional”.

### **2.2.1 O ensino médico no Brasil**

[...] As escolas, independente de serem escolas médicas, estão vestidas de “branco”. Do “branco” do esquecimento, de investimentos e recursos. Do “branco” da busca do lucro fácil sem compromisso. Do “branco” da elitização do acesso, mas acima de tudo do “branco” que se traduz na entrega de certificações profissionais sem qualidade. A escolha do título surgiu da expressão, tantas vezes ouvida dos estudantes, que ao terminarem suas provas utilizaram a expressão “deu um branco”. É também desse esquecimento que queremos falar [...] e como não falar do “branco” das relações humanas já tão desgastadas pela competitividade do mundo natural? Do “branco” da relação médico-paciente e da relação professor-estudante? (TSUJI; AGUILAR-DA-SILVA, 2010, p. 22).

A justificativa de Tsuji e Aguilar-da-Silva (2010), para a escolha do título do livro *Aprender e ensinar na escola vestida de branco: do modelo biomédico ao humanístico*, embute uma crítica consistente ao cenário no qual encontra-se emersa a educação médica brasileira.

Tal panorama guarda um paradoxo: como em pleno século XXI diante de tantos avanços científicos na área da biomedicina e tecnologia conseguimos

formar profissionais capazes de realizar “tão pouco diante do muito que lhes é oferecido” e, provocar tanto “desencanto” com suas práticas?

A resposta é complexa mas, perpassa pela constatação do caminho equivocado tomado por grande parte das escolas médicas, as quais privilegiaram o ensino de habilidades técnicas e científicas, em detrimento do desenvolvimento das habilidades ético-humanísticas, tão essenciais às profissões que “cuidam de gente”.

Essa realidade aparece imbricada ao significativo avanço científico-tecnológico da área da saúde, que a partir da segunda metade do século XX, criou um mercado agressivo de consumo de medicamentos, equipamentos, materiais e insumos de saúde e, transformou a saúde em um balcão de negócios “capaz de girar e concentrar um grande volume de dinheiro e promover lucros significativos” (AMORETTI, 2005, p.137). Neste cenário, o ser humano e suas necessidades foram relegados a um segundo plano, sendo esta a visão predominante na formação médica.

A incorporação tecnológica desenfreada passou a determinar tanto a organização e gestão dos hospitais, clínicas, faculdades e consultórios, como a formação dos profissionais. O foco das práticas médico-hospitalares concentrou-se progressivamente na realização dos procedimentos propiciados através de instrumentos de diagnóstico e tratamento e no uso de drogas. A lógica da produtividade tomou conta da relação profissional-paciente (AMORETTI, 2005, p.137).

Segundo Tsuji e Aguilard-da-Silva (2010) essa questão do “esvaziamento” da prática médica, já há algum tempo, tem inquietado algumas das mais proeminentes entidades ligadas à medicina no Brasil como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Conselho Regional de Medicina (CRM) e a Associação Paulista de Medicina, refletindo em críticas como a do autor Bernard Lown (1998).

A medicina jamais teve a capacidade de fazer tanto pelo homem como hoje. No entanto, as pessoas nunca estiveram tão desencantadas com seus médicos. A questão é que a maioria dos médicos perdeu a arte de curar. Esta vai além da capacidade de diagnóstico e de mobilização dos recursos tecnológicos (BERNARD LOWN, 1998 apud TSUJI; AGUILAR-DA-SILVA, 2010, p. 22).

Por todas essas razões, hoje, a formação médica deixou de ser “uma coisa somente da escola” e passou a ter os seus processos formativos altamente questionados, em sua terminalidade, pela coletividade, que discute a capacidade

dos cursos médicos de formar o profissional que o mercado de trabalho necessita (LAMPERT, 2002). A referida autora, enquanto coordenadora de um curso de Medicina, materializou essa situação em seus escritos, ao expor o seu desconforto em conferir o grau de médico aos formandos, na ocasião da cerimônia de colação de grau, tendo em vista que cessados os aplausos emocionados, internamente, se questionava se realmente estaria o médico recém-graduado em condições de exercer a medicina e, que medicina seria essa.

Sua preocupação torna-se muito pertinente quando se considera que, segundo dados do CFM, em dezembro de 2014 foram lançados ao mercado de trabalho pelas 217 escolas médicas com curso em conclusão, um pouco mais de 19.000 médicos (a maioria jovens), reconhecidos e licenciados imediatamente pela corporação médica (CRM/CFM) para exercer a medicina.

Ressalta-se ainda que o número de concluintes do curso médico tem aumentado significativamente nas últimas décadas, conforme demonstram os dados apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 – Evolução do número de médicos no Brasil – 1940 a 2015.

Ano	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2015*
Nº de Médicos	20.745	26.120	34.792	58.994	137.347	219.084	291.926	364.757	406.049

Fonte: CREMESP, 2013.

\* Portal Escolas Médicas do Brasil, 2015. Até março de 2015.

Esse fenômeno resulta do forte expansionismo das Escolas Médicas brasileiras impulsionado, sobretudo, pela abertura de escolas privadas, que representam atualmente 60% do total de Escolas de Medicina, conforme os dados constantes na Tabela 2 (CFM, 2015).

TABELA 2 – Evolução do número de escolas médicas no Brasil – 1808 a 2015.

Período	Governos	Nº de Escolas criadas	Nº de Vagas Criadas	Cursos Públicos	Cursos Privados
1808 – 1994		82	9.123	47	35
1995 – 2002	FHC**	44	3.707	15	29
2003 – 2010	Lula	52	4.263	11	41
2011 – 2015*	Dilma	79	6.190	30	49
<b>Total</b>		<b>257</b>	<b>23.283</b>	<b>103</b>	<b>154</b>

Fonte: CFM, 2015

\* Dados até julho de 2015.

\*\* FHC (Fernando Henrique Cardoso).





Esse provimento tinha um eixo mais emergencial, que previa o chamamento de médicos brasileiros e estrangeiros para o atendimento básico de saúde em locais onde há escassez ou ausência desse profissional, mediante uma bolsa de R\$ 10.000,00 e, uma ajuda de custo paga pelo Ministério da Saúde, além de um eixo mais definitivo alicerçado na formação médica com a abertura de mais 11,4 mil vagas de graduação e 12,4 mil de residência médica até 2017 (BRASIL, 2015).

Outras medidas contempladas no *Programa Mais Médicos* dizem respeito à melhoria da infraestrutura da APS (construção, reforma e ampliação) e, à mudança no currículo das Escolas Médicas buscando uma formação mais voltada para a humanização do atendimento e para a Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Os dados da Tabela 3 repercutem a expansão de vagas e de escolas médicas em decorrência dessa Lei.

TABELA 3 – Nº de médicos/escolas/nº de vagas existentes no Brasil em 31/03/2015.

Período	Nº de médicos	Razão/med./1000 hab.	Nº de Vagas	Nº de escolas médicas
31/03/2015	406.049	2,14	22.595	249

Fonte: Portal Escolas Médicas do Brasil, 2015.

Comparativamente esse número está acima do verificado em países mais populosos que o Brasil, conforme os dados da Tabela 4.

TABELA 4 – Comparação do nº de escolas médicas/ nº de vagas existentes por país em 2014.

País	População	Nº de escolas médicas
Índia	1.210.569.573	381
Brasil	201 032 714	249
China	1.354.040.000	150
EUA	317.641.087	141

Fonte: Portal Escolas Médicas do Brasil, 2014.

Em 2015 o número de escolas médicas chegou a 257 e deverá aumentar nos próximos meses, pois já há outros 36 municípios autorizados pelo Governo Federal para receber novos cursos de medicina, o que elevará para 293 o número de escolas médicas até o final de 2016, havendo ainda, um edital em aberto para chamamento de outros 22 municípios, que sublevará esse quantitativo para 315 até 2017 (CFM, 2015).

A distribuição desses cursos médicos, no entanto, não é homogênea, havendo grande concentração deles na Região Sudeste, sendo que um terço dessas escolas estão localizadas nos Estados de São Paulo (44) e Minas Gerais (39) (CFM, 2015).

TABELA 5 – Número de escolas médicas e de vagas ofertadas, por Região, no Brasil em 2015\*.

Região	Número de Escolas Médicas	Número de Vagas
Sudeste	107	10.577
Nordeste	63	5.553
Sul	41	3.449
Centro-oeste	24	1.917
Norte	22	1.787
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>23.283</b>

Fonte: CFM, 2015

\*Dados até março de 2015.

Decorridos dois anos de sua implantação, esse programa ainda gera polêmica com os representantes do governo exaltando os números oficiais, que apontam a contratação de 18.240 médicos nesse período, dos quais 14.462 são cubanos, o que permitiu a prestação de atendimento básico de saúde para aproximadamente 63 milhões de pessoas em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros), aumentando em 33% o número de consultas realizadas entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015, nos municípios participantes do programa, enquanto nos demais municípios esse aumento foi de 15% (BRASIL, 2015).

Em contrapartida, os críticos do programa denunciam que a intensa propaganda governamental esconde alguns pontos obscuros, como a contratação de médicos para cidades bem localizadas como Rio de Janeiro, Florianópolis, São Paulo e Curitiba e, a abertura de vagas de graduação em regiões mais

desenvolvidas que já contam com escolas médicas em número suficiente. Além disso, ressaltam-se aspectos tais como: a falta de profissionais e equipamentos de saúde (em número e qualidade) suficientes para essa rede formadora; a substituição de médicos brasileiros por estrangeiros, considerando-se a economia que representava para as prefeituras a bolsa-salário fornecida pelo governo federal; a forma de contratação dos médicos cubanos através de convênio com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o que permite que a maior parte do valor da bolsa seja paga diretamente ao governo de Cuba; a precariedade da supervisão dos médicos intercambistas, muitos dos quais com dificuldade de se comunicarem em nosso idioma (FERREIRA, 2015).

Polêmicas à parte, a preocupação da Escola Médica deve estar focada na qualidade da formação oferecida, pois o cardápio de conhecimentos, habilidades e escala de valores oferecidos na graduação se mostra muitas vezes conflitante e insuficiente para permitir uma prática médica segura.

Tal constatação se sustenta nos resultados insatisfatórios alcançados por grande parte dos formandos nos marcos regulatórios externos como o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) e, o exame para habilitação de estudantes sextanistas, realizado pelo Conselho Médico. Ressalta-se que estes exames não objetivam barrar a profissionalização e sim aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos na formação.

O médico Bráulio Luna Filho, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), mostrou os dados da avaliação obrigatória no Estado, feita com os egressos das faculdades de Medicina. No último exame, em 2013, 60% dos médicos recém-formados foram reprovados na avaliação. Se tomarmos apenas as faculdades particulares de São Paulo, os reprovados chegam a 71%. “O indivíduo mau treinado, vai ser mau médico por toda a vida. É a saúde da população que está em risco e não podemos ser omissos [...]” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014, p. 1).

Contudo, se a realidade aponta deficiências técnicas no processo formativo, os efeitos de um ensino pouco afeito às questões ético-humanistas sobre a (de)formação do perfil do estudante, podem ser ainda mais nocivos, diante de uma clientela majoritária de ingressantes adolescentes e imaturos, muitos dos quais ainda inseguros na escolha da profissão, feita mais para atender às pressões familiares ou do mercado de trabalho em crise. A esse respeito Navarro da Cruz (2004) complementa que,

[...] o adolescente vai enfrentar não só o desafio de um curso exigente, (com vocação muitas vezes vacilante, com autoexigência e pressões institucionais e familiares) mas a superação dos conflitos próprios da adolescência. Além disso, as vivências do próprio curso expõem o aluno ao confronto com a morte, sofrimento, miséria, com seus próprios sentimentos conflitantes, sua onipotência e onifalência, feridas narcísicas e defesas adequadas e inadequadas. Nos anos de internato a pressão da demanda, privação de sono e os plantões povoam o universo do “aprendiz de feiticeiro” (NAVARRO DA CRUZ, 2004, p. 53).

Essa questão também foi alvo das reflexões de Rego (2003) que em seu livro formação ética dos médicos, cujo subtítulo é “Saindo da Adolescência com a vida (dos outros) nas mãos”, faz referência à responsabilidade que pesa sob os ombros dos estudantes de medicina que, recém-saídos da adolescência, concluem seu curso e são lançados à prática, em uma sociedade que lhes cobra autoridade técnica e moral na tomada de decisões fundamentais para a manutenção da vida das pessoas.

Assim, não é raro nos depararmos com profissionais recém-formados despreparados técnica e emocionalmente para o exercício da profissão médica; e, confusos sobre como exercer sua práxis.

Os alunos falam da incompatibilidade que descobrem no discurso de professores médicos, na medida em que enfatizam o escutar o paciente e, ao mesmo tempo, não se colocam disponíveis para ouvir os alunos sobre essa escuta. [...] Falam assim, de um ideal romântico enunciado no discurso médico e do exercício de uma prática normalizada sem romantismo. Os alunos arriscam-se, vivendo o conflito entre responder à demanda transferencial na relação com o paciente e serem reconhecidos pelos pares como pertencentes ao grupo social, hoje estudantes de medicina, amanhã médicos (SOUZA, 2001, p. 93).

Para compreender melhor a conflitualidade exposta, a reflexão sobre a historicidade da formação médica brasileira pode ajudar a desvelar os caminhos percorridos até chegarmos a essa realidade dissonante entre o romantismo do discurso médico e a prática normalizada, vivenciada nas escolas médicas.

Retroagindo no tempo nota-se que a medicina no Brasil, nos três primeiros séculos de colonização, seguiu a tradição portuguesa, sendo exercida principalmente pelas congregações religiosas. Tal prerrogativa se assentava na dualidade portuguesa de considerar o Brasil como um paraíso terreno, graças às possibilidades de riquezas da natureza exuberante, mas cujo povo, formado em sua maioria por índios, negros e brancos enviados ao país para expiar seus pecados, ganhava adjetivos infernais (pagãos, heréticos e feiticeiros, etc.) e, precisava ser

moldado por uma “medicina da alma” para expurgar os elementos “diabólicos de suas almas” (EDLER, 2010, p. 25).

No Brasil enquanto colônia, a medicina oficial era bem precária, pois não havia interesse do físico, como era chamado o médico português que praticava a clínica, de morar na Colônia dada a pobreza da maioria dos colonos, os quais não podiam pagar pelos serviços. Destarte, restava à população a opção de recorrer ao saber popular dos índios e negros quando era acometida por doenças (EDLER, 2010).

Segundo Edler (2010), a assistência corporal era multifacetada tanto em termos de saber (cultura indígena, africana e europeia), quanto em termos de práticas, havendo interação entre as práticas oficiais de cura (sangrias, eméticos, sudoríficos, sucções e purgas) e, as credices populares (benzeduras, feitiçarias, amuletos e etc.), o que contribui para entender a heterogeneidade das práticas curativas que perduram no Brasil até hoje.

O Quadro 3 retrata os principais agentes de cura que exerciam a medicina no Brasil colonial, divididos entre os considerados oficiais (físico, cirurgiões, boticários diplomados, barbeiros-sangradores e enfermeiros, que mesmos não sendo formados nos bancos da escola eram acreditados pelas autoridades portuguesas a exercer suas funções devido à falta de um médico oficial na localidade) e, os não oficiais (curandeiros, benzedores, parteiras e curiosos) (PIMENTA, 2004; EDLER, 2010).

QUADRO 3 - Principais agentes de cura do Brasil-Colônia.

GENTE DE CURA	CARACTERÍSTICA
FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Médico clínico formado em Universidade (04 anos de estudo) e autorizado a exercer a medicina oficial pela Coroa.</li> <li>✓ Prescreviam medicamentos internos, aplicavam sangrias e purgas.</li> <li>✓ Ocupavam posição privilegiada no interior da arte médica (sábio).</li> </ul>
CIRURGIÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recebiam um ensino de cunho prático, feito junto a um médico ou cirurgião; às vezes frequentavam aulas de cirurgia que duravam em média 02 anos.</li> <li>✓ Tinham licença para atuar na cirurgia, podendo exercer a clínica onde não haviam médicos (físico).</li> <li>✓ Na escala da arte médica era considerado um ofício indigno e servil, um prático que fazia sangrias, curava fraturas e tumores por prescrição de um médico.</li> </ul>
BOTICÁRIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manipulavam os medicamentos prescritos por médicos ou cirurgiões.</li> <li>✓ Aprendiam o ofício acompanhando outros boticários ou em aulas na Universidade de Coimbra.</li> </ul>

continua

### QUADRO 3 - Principais agentes de cura do Brasil Colônia.

Conclusão

GENTE DE CURA	CARACTERÍSTICA
BARBEIROS-SANGRADORES OU CIRURGIÕES-BARBEIROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indivíduos que aplicavam ventosas, sangrias, lancetavam ferimentos, aplicavam bichas e que também cortavam cabelos e faziam barbas.</li> <li>✓ Eram brancos pobres ou negros que aprendiam o ofício por meio da observação cotidiana.</li> </ul>
ENFERMEIROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eram homens livres, pobres, forros ou escravos escolhidos por serem cuidadosos com os enfermos.</li> <li>✓ Não precisavam ter noção da arte médica, devendo atender as recomendações de médicos ou cirurgiões.</li> </ul>
CURANDEIROS, BENZEDORES E CURIOSOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Praticavam a terapêutica popular sincrética como o sopro e a sucção de espíritos malignos, faziam uso de amuletos e palavras mágicas ao lado da aplicação de poções, garrafadas e unguentos.</li> </ul>

Fonte: PIMENTA, 2004; EDLER, 2010.

Tendo em vista o hábito popular de se tratar no domicílio, principalmente as pessoas de maior posse, a assistência hospitalar só se concretizou a partir de 1543 com a fundação da Santa Casa de Santos, a qual sem contar com a figura do médico, servia mais para albergar os brancos pobres, os negros, os soldados e, os marinheiros em estado de indigência, além de proporcionar-lhes a salvação espiritual, considerada uma prioridade dentro da cultura cristã e médica (EDLER, 2010).

A formação de médicos no Brasil só se efetivou em 1808, com a criação das primeiras escolas médicas por D. João VI nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro, objetivando graduar médicos e cirurgiões para o Exército e Marinha (FÁVERO, 2006).

Em 1832 a reforma das duas escolas médicas unificou as profissões de cirurgião, boticário e físico, dentro das atividades médicas, mudando a formação médica. Foi a partir desta ocasião, que a arte de curar passou a ser monopólio legal dos médicos formados por meio das faculdades de medicina (LAMPERT, 2002; PIMENTA, 2004).

Lampert (2002) e Amoretti (2005) colocam que essa apropriação de conhecimentos diferenciados, foi responsável por fortalecer a autonomia corporativa dos médicos, transformando-os em um grupo social de elite, em consequência da detenção quase que exclusiva de um saber técnico essencial para a preservação da

vida humana, o qual influenciou tanto a assistência quanto o ensino e a pesquisa na área médica.

A partir da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540/68) houve uma quebra da hegemonia europeia no padrão do ensino médico brasileiro e, as escolas médicas brasileiras adotaram oficialmente o modelo americano (flexneriano) com currículos cada vez mais conteudistas e ricos em disciplinas, divididos em um ciclo básico e um profissionalizante (internato).

Tal incorporação ocorreu subsidiada por incentivos financeiros de organismos internacionais (Fundações Rockefeller e Kellogs) destinados às Universidades brasileiras, que deveriam em troca, adotar esse modelo e internamente, pelo Estado por meio de uma cultura hospitalocêntrica, privatista, individualista e curativa, evidenciando a estreita relação entre o processo educativo e as estruturas de poder.

No Brasil, a década de 60 e início dos anos 70 [...] foi marcado pelo crescimento da corporação médica, pela intensificação da medicina privada, da especialização, da incorporação de tecnologias aprimoradas de diagnóstico e tratamento, criando-se duas linhas de ação muito claras: a medicina liberal dos consultórios e o modelo hospitalocêntrico, tendo o Estado como organizador, contratante e financiador do setor. (LAMPERT, 2002, p. 59).

Ressalte-se aqui que também concorreu para a criação do nicho de poder médico o agrupamento dos médicos em grandes entidades de classe: o CFM que disciplina os procedimentos médicos, a Associação Médica Brasileira (AMB) que luta por melhores condições de trabalho e por qualificação técnica, a Federação Médica Brasileira (FENAM) que defende os interesses econômicos e profissionais dos médicos assalariados e a ABEM, que se ocupa das questões relativas à qualificação da formação do profissional médico.

Desse modo, de forma inequívoca, foi consolidado um ensino médico no qual “o procedimento técnico ocupou a centralidade nas práticas médicas”, ancorado no poder institucional dos médicos, principalmente dos especialistas e, do hospital (AMORETTI, 2005).

Aos poucos o que era visto como um sinal de progresso passou a representar um problema e, o modelo flexneriano, responsável pelo avanço da medicina liberal, especializada e privatista e pela hegemonia social da profissão médica, que tem servido como referencial teórico para a formação dos jovens médicos brasileiros, foi dando sinais de exaustão.

No final da década de 70 e início da década de 80, teve início no cenário nacional um processo de transformação nas políticas de saúde pública, encabeçado por movimentos populares (Movimento da Reforma Sanitária e 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986) que culminou com a criação do SUS em 1988, dentro de um modelo assistencial e público de base socioepidemiológica, que fortaleceu a medicina preventiva e de promoção de saúde (LAMPERT, 2002).

O SUS e seu novo modelo assistencial foram um acontecimento raro e precioso. Tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, [...] Segundo dados do Ministério da Saúde, atualmente cerca de 90% da população brasileira é usuária do SUS e somente 8,7% não o utilizam. Uma parcela de 28,6% dos brasileiros tem como único recurso de assistência o SUS, e cerca de 61,5% utilizam os serviços assistenciais do sistema único complementado com algum plano de saúde ou atendimento particular, o que demonstra sua magnitude e importância (AMORETTI, 2005, p. 138).

Lampert (2002) baseada nessa realidade, afirma que sem negar a parte substantiva do que o paradigma flexneriano conseguiu construir (valor da pesquisa, do hospital, da especialidade) é preciso resignificá-lo na nova dimensão exigida pelo novo perfil de médico que a sociedade exige, recuperando a visão integral do ser humano e valorizando a atenção básica, os princípios do SUS e a qualidade de vida.

É preciso considerar, no entanto, que o enorme expansionismo das escolas médicas, verificado a partir dos anos 80, não se traduziu em qualidade de ensino e, grande parte das escolas médicas em funcionamento, se mostrou incapaz de formar profissionais com perfil para atender às demandas exigidas pelo SUS.

Essa inadequação entre formação e trabalho em saúde passou a ser alvo das preocupações tanto dos órgãos de classe quanto dos órgãos governamentais e a partir dessas elucubrações foram propostos dois eventos que concorreram para o desenvolvimento do ensino médico: a criação da Comissão Interinstitucional Nacional da Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) em 1991, por iniciativa das entidades de relevância médica e educacional do país e, a execução do primeiro Exame Nacional de Curso (ENC) para a Medicina – “o provão”, criado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em 1999 (LAMPERT, 2002).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBN) - Lei 9.394/96, também concorreu para a reorganização do ensino médico ao propor o



estímulo ao ensino voltado à realidade dos problemas do mundo real e, às atividades de extensão junto à comunidade-(BRASIL, 1996).

Zabalza (2004) comunga da ideia de um papel ativo do ensino universitário no desenvolvimento da sociedade.

De modo sucinto, está se dizendo às universidades que não se contentem em apenas transmitir a ciência, mas que criem (isto é, elas devem combinar a docência e a pesquisa); que deem um sentido prático e profissionalizante para a formação que oferecem aos estudantes; que façam tudo isso sem se fechar em si mesmas; façam-no em contato com o meio social, econômico e profissional com cuja melhora devem colaborar (ZABALZA, 2004, p. 20).

Nessa vertente, em 2001, o Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Saúde (MS) se uniram em prol da melhoria do ensino médico e da sua adequação às práticas assistenciais necessárias ao pleno desenvolvimento do SUS e, homologaram a Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação (CNE) / Câmara de Educação Superior (CES) a qual instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 para os cursos da saúde em todo o país (BRASIL, 2001).

Tal resolução foi proposta com o intuito de obter uma padronização maior em relação à qualidade dos cursos em funcionamento, com recomendações em relação ao perfil do egresso, ao currículo e ao método pedagógico. Ela valoriza um modelo pautado na integralidade da assistência em seus diferentes níveis de atenção e variadas dimensões do cuidado em saúde, além de reconhecer as necessidades de saúde da população, priorizar ações coletivas e, um currículo mais flexível, modular, desenvolvido por meio de metodologias ativas de aprendizagem praticadas em múltiplos cenários de ensino (BRASIL, 2001).

Em 2004, o ensino médico se viu às voltas com uma nova forma de avaliação instituída pela Lei 10.861/04 que criou o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, fazendo com que as escolas médicas fossem avaliadas periodicamente no tocante a infraestrutura física, padrão do curso oferecido e, desempenho acadêmico de seus estudantes (BRASIL, 2004).

Segundo Brito (2008) a avaliação do SINAES se sustenta nos seguintes componentes:

- ✓ Avaliação institucional (missão, ensino, pesquisa, pós-graduação, extensão, responsabilidade social, políticas de pessoal, organização e gestão, infraestrutura física, biblioteca,

planejamento e avaliação, políticas de atendimento aos estudantes, sustentabilidade financeiras);

- ✓ Avaliação dos cursos (perfil do corpo docente, instalações físicas e organização didático-pedagógica) e,
- ✓ Avaliação de desempenho dos estudantes ingressantes e concluintes, no máximo a cada três anos, através do exame nacional de desempenho dos estudantes (ENADE), com prova e questionários de Avaliação Discente da Educação Superior (ADES), além da avaliação dos coordenadores de curso e, da percepção do aluno sobre a prova).

Os resultados das avaliações visam orientar os processos de credenciamento e credenciamento de Instituições de Ensino Superior, além da autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de graduação, havendo possibilidade para a proposição de medidas corretivas e punitivas em casos de resultados insatisfatórios recorrentes (BRITO, 2008).

No ano de 2014, a Resolução nº 4 de 2001 foi substituída pela Resolução nº 3 do CNE/CES<sup>1</sup> a qual aponta uma descrição do perfil de formação desejado para o futuro profissional:

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)

Além disso, ela propõe uma carga horária mínima de 7200 (sete mil e duzentas) horas para o processo formativo dentro de um prazo mínimo de 06 (seis) anos para a sua integralização, bem como o uso de metodologias ativas de ensino e de aprendizagem.

A prática da educação médica dentro do paradigma da integralidade requer ainda um olhar especial para a figura do docente, que deverá ser portador não só da competência técnica, mas também da necessária competência didático-

---

<sup>1</sup> As DCN são numeradas de acordo com a sua publicação no ano de origem, assim a primeira DCN recebeu a numeração 4 embora fosse de 2001 e a de 2014 recebeu a numeração 3.

pedagógica almejando uma prática de ensino mais centrada no aluno e na realidade social (LAMPERT, 2002).

Souto, no prefácio do livro *Formação médica e aprendizagem baseada em problemas* de Ilma Veiga faz alusão ao despreparo docente para “uma prática de ensino humanizada, integrada e contextualizada pelas reais necessidades cotidianas” (VEIGA, 2015, p.12).

Não por desejo, má-fé ou incompetência, mas pelo modo como fomos formados, ainda é comum utilizarmos estratégias didáticas que não estimulam suficientemente a curiosidade e o potencial transformador e humano dos estudantes. Esse é o caso quando apenas apresentamos a eles aquilo que já está sistematizado na literatura. Os aprendizes nos ouvem e leem sobre o que lhes apresentamos, com o objetivo principal de memorizar as informações que recebem. [...] Sem sombra de dúvida, essa forma de ensinar não dá aos aprendizes oportunidade para produzir ou construir solidariamente conhecimentos e habilidades suficientemente úteis à solução de problemas da vida. Teoria e realidade são postas distantes uma da outra, numa medida pouco produtiva, e o potencial de contribuição do aprendiz ao progresso social perde a chance de se desenvolver (SOUTO, 2015, p.12-13).

Na atualidade, o corpo docente da escola médica é composto em sua maioria, por médicos sem formação didático-pedagógica e praticantes de uma medicina liberal que contraria os preceitos do SUS, maior empregador da profissão médica no Brasil, o que segundo Souto (2015), induz os formandos à subordinação ao ramo do negócio (acumulação de capital ou satisfação da vaidade pessoal), à competitividade e à alienação frente aos reais problemas que afligem as pessoas.

Essa confusão entre a profissão técnica e a docência médica também é tratada na tese de doutorado de José Gilberto Silva (2003) o qual discorre sobre o perfil do docente de medicina, geralmente selecionado por sua competência técnica e produção científica. Neste sentido, o autor aponta que:

Poder-se-ia imaginar que a grande maioria dos professores de Medicina no Brasil, que são milhares, tem grande interesse pela Educação Médica, já que são professores. Mas não é o caso. [...] O que parece certo é que existem duas profissões: a Educação Médica de um lado e, do outro, a Assistência Médica. Esquece-se de que essas duas profissões são permeadas pelo processo ensino-aprendizagem (SILVA, 2003, p.24).

Campos (1999) advoga que para recuperar essa visão global de homem integrante e integrado na sociedade perdida dentro do “esquartejamento” histórico provocado pela cultura fragmentária das especialidades da clínica

flexneriana, dominante durante todo o século XX, o caminho passa pela reorientação do campo dos saberes e, por práticas voltadas para uma clínica ampliada em saúde.

A meta das Faculdades deveria ser formar médicos com alta capacidade de resolver problemas de saúde. Formar médicos com capacidade de se integrarem em equipes multiprofissionais, com capacidade para reconhecer a determinação, ao mesmo tempo, social, subjetiva e biológica dos processos saúde e doença e uma vez realizado este reconhecimento, serem capazes de criar projetos terapêuticos que combinassem recursos destas três esferas conforme o caso e as possibilidades existentes. E principalmente, formar médicos capacitados a construir vínculos e a assumir responsabilidades frente à cura ou reabilitação dos seus pacientes, superando a tradição contemporânea de concentrar quase toda responsabilidade apenas na realização, segundo certos preceitos, de certos procedimentos técnicos. Reformular a clínica, produzindo uma clínica ampliada - ampliação do campo de saberes, de responsabilidades e de práticas (CAMPOS, 1992 apud CAMPOS, 1999, p.191).

A transformação não será fácil, nem rápida, pois exige uma desconstrução das formas hegemônicas de ensino médico objetivando reconstruí-la em novas bases, mais em conformidade com os anseios da sociedade.

Essas questões estão postas e representam um desafio para as Faculdades de Medicina do século XXI, que deverão superar as dualidades entre o ensino tradicional, fragmentado, tecnicista e mercadológico e a formação reflexiva, humanística, que considera o ser humano em sua totalidade.

### **2.2.2 O ensino médico na UNOESTE**

A Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) é uma Instituição de Ensino Superior particular, instituída pelo Decreto 71.190/72, situada no município de Presidente Prudente, no Oeste Paulista, sendo reconhecida como Universidade pela Portaria Ministerial do MEC nº 83, de 12 de fevereiro de 1987, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 16 de fevereiro de 1987 (UNOESTE, 2014). A UNOESTE possui na qualidade de mantenedora, a Associação Prudentina de Educação e Cultura (APEC) e, almeja como missão:

Desenvolver a educação num ambiente inovador e crítico-reflexivo, pelo exercício das atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão nas diversas áreas do conhecimento científico, humanístico e tecnológico, contribuindo para a formação de profissionais cidadãos comprometidos com a responsabilidade social e ambiental. (UNOESTE, 2014, p.13)

Constituindo-se num polo de atendimento e difusão do conhecimento é uma universidade que possui um cardápio de cursos diversificado, com abrangência nas áreas da saúde, judiciária, agrária, das engenharias, educacional, psicológica e tecnológica.

No campo da saúde tem um histórico de oferta de graduações de longa data, sendo ofertados na atualidade 11 opções de cursos nessa área: Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia, Biomedicina, Educação Física, Fonoaudiologia, Nutrição, Estética e Cosmética, Radiologia e Medicina.

Territorialmente, a UNOESTE tem uma abrangência que supera os limites da Região do Oeste Paulista, recebendo alunos de vários estados brasileiros, aos quais oferece um rol de 53 cursos de graduação, além de centenas de cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* recomendados e reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC).

Ademais, oferece uma área de cobertura que não se limita aos dois *campus* universitários localizados em Presidente Prudente, pois está presente em outras cidades e regiões brasileiras, por meio de seus polos de Educação a Distância (EAD), com a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*.

A Instituição conta com um corpo universitário (discentes, docentes e funcionários) de aproximadamente 15 mil pessoas, colocando suas instalações para atendimento, não só desta clientela, como também da população em geral.

A formação médica foi instituída em 1988 por meio da Faculdade de Medicina “Dr. Domingos Leonardo Cerávolo” – FAMEPP, sendo reconhecida pela Portaria Ministerial nº 1.786, publicada no DOU em 21 de dezembro de 1993.

O curso apresenta estrutura curricular enquadrada na modalidade seriada semestral, com tempo mínimo de 12 semestres e máximo de 18 semestres para a conclusão do curso. Até o ano 2000, era adotado um modelo de ensino médico baseado no ensino mais tradicional (o conteúdo pelo conteúdo, fragmentado em disciplinas, focado na especialidade) para um montante de aproximadamente 1700 alunos.

Entretanto, desde a publicação da DCN de 2001 para a área da saúde, adotou-se uma forma de trabalho mais sistematizada visando a alteração dessa realidade, através da adoção de uma educação médica mais reflexiva, contextualizada, que valoriza a indissociabilidade entre teoria e prática e, o conhecimento prévio do estudante. Neste percurso faz-se uso de metodologias

ativas, como a problematização, que permite a articulação com o mundo do trabalho e, a busca pela resolução de problemas reais.

Em meados de 2014, esse processo de transformação pedagógica se acentuou diante de alguns resultados desfavoráveis em avaliações do curso realizadas pelo MEC, em concomitância com a necessidade de adequação do currículo às novas DCN publicadas em 2014, que preconizavam uma aproximação entre escola, serviço e comunidade.

Assim, sob a consultoria do Dr. Rinaldo H. Aguiar da Silva, especialista em ensino médico, foi empreendida a reformulação estrutural do curso médico e, como é característico de todo processo de mudança na organização curricular, as alterações se deram em cadeia, provocando efeitos na instituição formadora, nos processos formativos, bem como nos professores e estudantes, os quais tiveram que adotar novas posturas, mais flexíveis, a fim de se adaptarem às novas demandas educativas que buscam uma formação mais sólida nos aspectos técnico-científico e ético-humanista.

As inovações propostas podem ser resumidas nas seguintes ações:

- ✓ Reformulação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) para adoção de uma nova estrutura curricular com inclusão de metodologias diversificadas de aprendizagem que valorizam a contextualização entre teoria e prática, os conhecimentos prévios do estudante e a sua participação mais ativa no processo formativo;
- ✓ Recorte de conteúdos de ensino mais racional (redução do volume) e generalista, em harmonia com as diretrizes da Resolução nº 3 de 2014 (BRASIL, 2014);
- ✓ Implantação da semana integradora nos primeiros termos do curso para integração das diferentes Unidades de Aprendizagem (UA) e disciplinas, por meio de um caso-problema construído coletivamente pelos docentes do termo;
- ✓ Realização de tutorias do 9º ao 12º termo, através do desenvolvimento de um ciclo pedagógico semanal com a utilização do método da Problematização;
- ✓ Redimensionamento do espaço físico, com criação das salas de tutorias para realização de atividades em pequenos grupos;

- ✓ Implantação de um sistema de avaliação teórica padronizado, critério referenciado, de cunho formativo e processual para construções das questões de aprendizagem;
- ✓ Capacitação de docentes para o uso de metodologias ativas de aprendizagem e avaliação formativa;
- ✓ Adoção do sistema OSCE<sup>2</sup> para avaliação da prática (realizado no Laboratório de Habilidades e Simulação – LHabSim – o qual possui uma área física de 233,75m<sup>2</sup>, tecnologia e metodologia de ponta e, é considerado um dos melhores do Brasil, o que constitui uma fortaleza do curso);
- ✓ Criação do sistema de *Mentoring*<sup>3</sup> para acompanhamento e apoio do aluno ingressante até a conclusão do curso e,
- ✓ Estímulo à pesquisa e adoção do Trabalho de Conclusão de Curso -TCC.

O novo modelo de Projeto Pedagógico foi organizado em três áreas de atuação: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e, Educação em Saúde. Outrossim, busca-se a integração de disciplinas afins e conteúdos em UA.

As Unidades de Aprendizagem visam apresentar e integrar as diferentes áreas de conhecimento e respectivos conteúdos pertinentes a cada Termo do Curso, nos diversos cenários de ensino-aprendizagem e, em especial, as sessões de integração interdisciplinares. As Unidades são trabalhadas por disciplinas. (UNOESTE PPC, 2014, p.47)

Destarte, a nova organização curricular tem um eixo horizontal que objetiva a aproximação progressiva do discente à prática profissional em níveis de complexidade e autonomia crescentes, com ênfase na APS e no uso preferencial de tecnologias leve e leve-dura<sup>4</sup>, superando o modelo hospitalocêntrico, além de um

---

<sup>2</sup> O modelo “OSCE” (*Objective Structured Clinical Examination*) é uma estratégia de avaliação fidedigna, acurada e eficaz. Os discentes passam por várias estações, desempenhando tarefas clínicas, sob observação cuidadosa de avaliadores, permitindo que o domínio de habilidades clínicas seja avaliado (TRONCON, 2001).

<sup>3</sup> O sistema de tutoria, na modalidade *mentoring*, tem sido usado em muitas escolas médicas como estratégia para oferecer suporte pessoal ao ingressante do curso médico que será acompanhado por um professor “mentor” durante o desenvolvimento de sua jornada acadêmica (GONÇALVES; BELLODI, 2012).

<sup>4</sup> Tecnologia dura, leve-dura e leve segundo Merhy e Chakkour (1997) são as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve são as tecnologias de relações (vínculo, acolhimento). A tecnologia leve-dura diz respeito aos saberes técnicos necessários a reflexão (diagnóstico e conduta). A tecnologia dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

eixo vertical para a abordagem de conteúdos essenciais e para o desenvolvimento da prática.

QUADRO 4 – Organização Curricular do curso de medicina da UNOESTE, 2015.

Unidade de Aprendizagem			Termo	
P A P P	P P M	I	INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA MEDICINA: Anatomia Humana I, Histologia e Embriologia I, Genética e Biologia Molecular, Bioquímica, Ética Política e Sociedade, Comunicação em Saúde, Biofísica, Programa de Aproximação Progressiva à Prática I e Programa de Prática Médica I.	1º
		II	MORFO FUNCIONAL I: Anatomia Humana II, Fisiologia I, Histologia e Embriologia II, Psicologia Médica, Metodologia Científica - Medicina Baseada em Evidência I, Saúde Coletiva I, Programa de Aproximação Progressiva à Prática II e Programa de Prática Médica II.	2º
		III	MORFO FUNCIONAL II: Patologia Geral I, Farmacologia I, Fisiologia II, Saúde Coletiva II, Anatomia Humana III, Metodologia Científica - Medicina Baseada em Evidência II, Programa de Aproximação Progressiva à Prática III e Programa de Prática Médica III.	3º
		IV	ATAQUE E DEFESA I: Patologia Geral II, Imunologia, Microbiologia, Parasitologia, Farmacologia II, Epidemiologia, Metodologia Científica - Medicina Baseada em Evidência III, Programa de Aproximação Progressiva à Prática IV e Programa de Prática Médica IV.	4º
		V	ATAQUE E DEFESA II: Patologia dos Órgãos e Sistemas, Fisiopatologia, Farmacologia III, Moléstias Infecto Contagiosas, Introdução à técnica Cirúrgica, Programa de Aproximação Progressiva à Prática V e Programa de Prática Médica V, e Trabalho de Conclusão de Curso I.	5º
APRESENTAÇÕES CLÍNICO CIRURGICAS I: Métodos Clínicos de Simulação, Técnica Cirúrgica, Bases do Diagnóstico em Clínica Médica, Bases do Diagnóstico em Clínica Cirúrgica, Bases do Diagnóstico em Saúde Mental, Bases do Diagnóstico em Pediatria, Bases do Diagnóstico em Ginecologia e Obstetrícia, Trabalho de Conclusão de Curso II e Língua dos Sinais (Libras).			6º	
APRESENTAÇÕES CLÍNICO CIRURGICAS II: Atenção Integral à Saúde da Criança; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Atenção Integral na Rede de Saúde e TCC.			7º	
APRESENTAÇÕES CLÍNICO CIRURGICAS III: Clínica Médica e Cirúrgica do Adulto I (Psiquiatria; Dermatologia, Hematologia, Endocrinologia, Infectologia e Neurologia); Clínica Médica e Cirúrgica do Adulto II (Cardiologia, Pneumologia, Reumatologia, Anestesiologia e Dor, e Ortopedia); Clínica Médica e Cirúrgica do Adulto III (Nefrologia, Urologia, Angiologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Medicina Legal e Bioética).			8º	
TREINAMENTO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO I (Clínica Médica I; Clínica Cirúrgica I e Eletivo); TREINAMENTO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO II (Atenção Primária à Saúde; Ginecologia e Obstetrícia I e Pediatria I).			9º e 10º	
TREINAMENTO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO III (Clínica Médica II; Clínica Cirúrgica II e Urgência e Emergências); TREINAMENTO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO IV (Ginecologia e Obstetrícia II; Pediatria II e Saúde Mental).			11º e 12º	

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNOESTE, 2014.

\* UAS HORIZONTAIS: PAPP - Programa de Aproximação Progressiva à Prática e PPM – Programa de Prática Médica



O Quadro 5 condensa a atual configuração de carga horária da FAMEPP.

QUADRO 5 – Carga horária total do curso de medicina da UNOESTE, 2015.

Atividades	Carga Horária
Carga horária de aulas	5200
Estágio Supervisionado	2880
Atividades Complementares	200
Trabalho de Conclusão de Curso -TCC	60
Optativas Libras	40
<b>Total</b>	<b>8380</b>

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNOESTE, 2014.

Os principais cenários de prática médica da FAMEPP, de acordo com o nível de complexidade do serviço de saúde envolvido, estão descritos no Quadro 6.

QUADRO 6 – Principais cenários práticos do curso médico da UNOESTE, 2015.

NÍVEL DE COMPLEXIDADE DE SAÚDE	CENÁRIO DA PRÁTICA MÉDICA
Atenção Primária	Unidades Básicas de Saúde de Presidente Prudente e Álvares Machado – SP e comunidade.
Atenção Secundária	Hospital Estadual de Porto Primavera com 82 leitos (estágio de vivência integral <sup>5</sup> ), Hospital Estadual “Dr. Odilo Antunes de Siqueira” de Presidente Prudente (maternidade) e Ambulatórios de Especialidades do Hospital Regional “Dr. Domingos L. Cerávolo” de Presidente Prudente e do Município de Presidente Prudente.
Atenção Terciária	Hospital Regional “Dr. Domingos Leonardo Cerávolo” de Presidente Prudente com 550 leitos.

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNOESTE, 2014.

Anualmente, a Faculdade de Medicina tem participado do Teste de Progressão Unificado (TPU) anual, em parceria com outras instituições, sendo este instrumento utilizado para avaliação institucional (potencialidades e fragilidades do Curso) permitindo também que o discente avalie temporalmente seu aprendizado em relação a outras Escolas Médicas. Tal avaliação é aplicada a todos os discentes matriculados no curso.

<sup>5</sup> Estágio de vivência integral ou de convivência é um estágio desenvolvido em outra localidade, com hospedagem nesse local para todos os alunos, o que contribui para a troca de experiências acadêmicas e de vida e, por conseguinte também auxilia no aprendizado e na formação do aluno como cidadão.

Além dessas iniciativas, a FAMEPP tem procurado envolver seus membros na discussão política acerca da própria essência da prática em saúde dentro de uma perspectiva de comprometimento social, de responsabilização com o ideal de uma medicina mais humanizada, ética, que “cuide bem das pessoas” em todas as dimensões do cuidado (biopsicossocial).

No caso específico da experiência alvo dessa pesquisa, ela se deu na UA denominada de Programa de Atenção Integral do SUS (PAI-SUS), pertencente ao Departamento de Medicina Preventiva e Social, enquanto integrante do 7º termo do curso de medicina desde o ano de 2010. Esta Unidade de Aprendizagem, após a reformulação curricular de 2014, passou a ser desenvolvida em quatro cenários e, teve sua nomenclatura alterada para Atenção Integral na Rede de Saúde, passando a integrar a UA das Apresentações Clínico-Cirúrgicas II.

A carga horária de 240 horas e os objetivos dessa UA foram preservados e nela os discentes desenvolvem suas atividades dentro de um amplo programa direcionado ao entendimento global do SUS, com o objetivo de conhecer as necessidades de saúde, com foco na integralidade do atendimento individual e coletivo, além do uso preferencial de tecnologias leves e leve-duras.

A estrutura curricular atual do 7º termo está desenhada no Quadro 7.

QUADRO 7 – Estrutura curricular do 7º termo da FAMEPP da UNOESTE, 2015.

Unidade de Aprendizagem Apresentações Clínico Cirúrgicas II	Carga Horária do 7º termo
Atenção Integral à Saúde do Criança	240
Atenção Integral à Saúde do Mulher	240
<b>Atenção Integral na Rede de Saúde</b>	<b>240</b>
Trabalho de Conclusão de Curso III	20
Total	740

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNOESTE, 2014.

No PAI-SUS os estudantes desenvolviam suas atividades práticas em cinco diferentes cenários da prática médica, os quais abrangiam os três níveis de complexidade da Rede de Saúde do SUS: primário, secundário e terciário, conforme expresso no Quadro 8.

QUADRO 8 – Cenários de estágio desenvolvidos no PAI-SUS, no 7º termo do curso de medicina da UNOESTE, 2014.

Nível de Complexidade do Serviço	Cenário de Estágio
Atenção Primária em Saúde	Rede Básica de Saúde – Estratégia de Saúde da Família - ESF – Humberto Salvador.
	Comunidade - Grupo de Promoção à Saúde (GPS).
Atenção Secundária em Saúde	Enfermarias e Centro Cirúrgico do Hospital Regional de Primavera (Estágio de Vivência Integral).
Atenção Terciária em Saúde	Enfermarias do Hospital Regional de Presidente Prudente
	Pronto Atendimento do Hospital Regional de P. Prudente - Grupo de Atenção à Saúde (GAS).

Fonte: Adaptação do autor.

Os objetivos do PAI-SUS eram:

- ✓ Conhecer e analisar o processo de organização e funcionamento da Rede Transversal de Serviços de Saúde do SUS<sup>6</sup>;
- ✓ Vivenciar em múltiplos cenários, o cotidiano dos serviços médicos, visando o desenvolvimento de práticas de saúde mais integrais e humanizadas; Promover a integração dos conteúdos acadêmicos com as diversas formações do trabalho em saúde;
- ✓ Incorporar uma visão mais ampliada de saúde que lhe proporcione maior protagonismo nas suas práticas (competência e segurança).

<sup>6</sup> Rede Transversal de Saúde é a Rede de Serviços do SUS formada por serviços de diferentes complexidades, podendo reunir serviços de Atenção Primária (baixa complexidade), Atenção Secundária (média complexidade) e Atenção Terciária (alta complexidade).

### **3 OS PROCEDIMENTOS: “TEMPEROS-ESTRATÉGIAS” USADOS PARA ACRESCENTAR SABOR E COR AOS PROCESSOS DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM**

[...] São os cheiros [...] dos temperos que transubstanciam os gostos, profundos dentro do nariz e do cérebro, até o lugar onde mora a alma. Os gostos sem fim, nunca iguais, presentes na ponta da colher para a prova, enquanto [...] os olhos aprendem a escultura dos gostos e dos odores nas cores que sugerem o prazer...

(ALVES, 1988, p. 91)

Neste capítulo estão descritos os “temperos” utilizados para conferir “sabor” aos processos de ensino e de aprendizagem e, que aqui aparecem materializados nas estratégias de ensino e de aprendizagem que guardam relação com as práticas universitárias envolvidas na presente pesquisa, entre as quais se destaca o *logbook*.

Sem a pretensão de tecer um novo procedimento de ensino, posto que esse instrumento já vem sendo utilizado em muitas experiências educativas em todo o mundo, o presente capítulo objetiva analisar algumas estratégias de aprendizagem mais comumente empregadas no ensino médico que guardam semelhanças com o *logbook* a fim de estabelecer a sua caracterização.

#### **3.1 “Alho ou Sal”: A Escolha de uma Estratégia de Ensino e de Aprendizagem**

Segundo Corrêa e Behrens (2014, p.62) a organização da aula é um passo importante do trabalho docente e envolve não só a seleção dos conteúdos essenciais (“ensinar “de tudo”, sobre “tudo” torna-se inviável”) a serem trabalhados, como também a escolha dos procedimentos e estratégias de ensino que serão utilizadas para produzir o conhecimento crítico.

Isto posto, diante do desencanto com os resultados de uma docência convencional, pensando no que Freire chama de “quefazeres” (2011, p.30), iniciou-se a experimentação de uma proposta para nortear as práticas desenvolvidas no 7º termo do curso de medicina, dentro de uma perspectiva de construção processual e coletiva do conhecimento que encontra similitude com os pensamentos de Silva (2003),

[...] construção, ao mesmo tempo, é projeto e processo: concepção que ganha forma. Uma construção nasce na concepção do arquiteto e, aos poucos, sob orientação segura, ganha forma na ação do trabalhador que se envolve nela e a impregna com suas marcas (SILVA, 2003, p.139).

Tal perspectiva foi possível por se tratar de uma nova UA, de cunho essencialmente prático, que foi incorporada na grade curricular do Curso de Medicina, no ano de 2010, a qual envolvia temáticas bastante progressistas em termos de saúde, como o desenvolvimento de uma Rede Integral e Humanizada de Saúde e a prática da Clínica Ampliada em Saúde.

Nesse tipo de Clínica, segundo Gastão Wagner Campos (2007), ocorre uma ampliação do objeto de trabalho para além da doença, incorporando na saúde, o sujeito, a família e o seu contexto, em uma abordagem que supera a dimensão biológica para incluir também os aspectos psicológicos e sociais do adoecimento, envolvendo o resgate das relações entre humanos.

A experiência em si, aconteceu durante o estágio da UA do PAI-SUS, desenvolvido na ESF Humberto Salvador de Presidente Prudente - SP, onde 05 grupos de 08 a 14 alunos estagiavam em esquema de rodízio durante 07 dias úteis, em média, em período integral.

Mesmo sem domínio das teorias educacionais que potencializam a práxis por parte do docente envolvido na experiência, buscou-se criar mecanismos para aproximar os conteúdos já trabalhados de forma mais tradicional nos períodos anteriores de formação, com a realidade prática vivenciada no decorrer do estágio.

Na ausência de um referencial teórico consistente, os saberes experienciais, fruto das vivências acadêmicas e profissionais, se constituíram em fonte de inspiração para o desenvolvimento de um novo modelo de prática docente, tal qual os pensamentos expressos por Tardif (2002) quando diz que esses saberes,

[...] surgem como núcleo vital do saber docente, núcleo a partir do qual os professores tentam transformar suas relações de exterioridade com os saberes em relações de interioridade com sua própria prática. Neste sentido, os saberes experienciais não são saberes como os demais; são, ao contrário, formados de todos os demais, mas retraduzidos, 'polidos' e submetidos às certezas construídas na prática e na experiência. (TARDIF, 2002, p. 54).

Assim, esse obstáculo dificultou, mas não impediu a tentativa de se estabelecer um novo arquétipo de aula, num construto que culminou nas seguintes intervenções:

- ✓ Definição de conteúdos a serem trabalhados que dialogassem diretamente com a prática de estágios que seriam vivenciados pelos alunos (realidade concreta) e que de alguma forma se percebessem inéditos (ativador de curiosidade), seja pela condição de novidade real, seja pelo “novo olhar” por meio do qual o conteúdo já conhecido voltasse a ser experienciado;
- ✓ Interligação com o campo de estágio através do estabelecimento de parceria com o docente responsável pela prática, para o desenvolvimento conjunto das atividades propostas (o estágio era a fonte de informações);
- ✓ Proposição da reorganização espacial e temporal da sala de aula com alunos e docente, experienciando as “rodas de conversa” em pequenos grupos, em dois encontros presenciais (um para orientação das atividades e esclarecimento de dúvidas e outro para discussão das produções provisórias, havendo concessão de novo intervalo para a entrega da produção final);
- ✓ Elaboração de atividades relacionadas aos conteúdos das práticas de saúde desenvolvidas durante o estágio na ESF, cada uma delas pensada a partir de objetivos a serem apreendidos, cuja resolução exigiam mobilizar operações de pensamento (observar, buscar dados, comparar, inferir, interpretar, refletir, avaliar, criticar, decidir / propor, abstrair / imaginar e etc.);
- ✓ Solicitação de trabalho discente individual e coletivo para a elaboração de sínteses provisórias (exposições iniciais) sobre problemas extraídos da concretude prática, os quais após análises conjuntas (momento da mediação, da discussão, da exploração teórica), em movimentos de re-fazer, possibilitavam a origem de sínteses (expressão da aprendizagem e consolidação de conceitos) mais elaboradas;
- ✓ Construção de um instrumento pedagógico para operacionalizar e documentar essa experiência de ensino e aprendizagem;
- ✓ Uso de metodologia de avaliação de cunho mais formativo, que considerasse a participação do estudante no desenvolver do processo, o registro e a qualidade das suas produções.

Nesse novo caminhar, percebeu-se que houve uma aproximação dos referenciais teóricos propostos por Anastasiou e Alves (2007), no que se refere à necessidade do docente de superar a preocupação isolada com os conteúdos, para se constituir num “verdadeiro estrategista, o que justifica a adoção do termo *estratégia*, no sentido de estudar, selecionar, organizar e propor as melhores ferramentas facilitadoras para que os estudantes se apropriem do conhecimento” (ANASTASIOU; ALVES, 2007, P.76). Neste sentido, os autores complementam que:

[...] o docente deve propor ações que desafiem ou possibilitem o desenvolvimento das operações mentais. Para isso, organizam-se os processos de apreensão de tal maneira que as operações de pensamento sejam despertadas, exercitadas, construídas e flexibilizadas pelas necessárias rupturas, por meio da mobilização, da construção e das sínteses, devendo estas ser vistas e revistas, possibilitando ao estudante sensações ou estados de espírito carregados de vivência pessoal e de renovação (ANASTASIOU; ALVES, 2007, p. 76).

Segundo Okane e Takahashi (2006), estratégias são ações didático-pedagógicas intencionais usadas para facilitar o processo de ensino e aprendizagem e amplificar a sua qualidade, envolvendo as relações professor-aluno, aluno-aluno e aluno consigo mesmo.

Vasconcellos (1994) coloca que no processo de escolha de estratégias de aprendizagem, o docente deve considerar elementos como a *significação* (vinculação do conteúdo aos interesses e a prática social do aluno); a *problematização* (busca de soluções para um problema real); a *práxis* (ação do sujeito sobre o objeto a ser conhecido); a *críticidade* (busca da causa para além das aparências); a *continuidade-ruptura* (partir do conhecimento prévio, do senso comum, da visão sincrética do aluno para, sob o efeito da análise, por meio da ruptura, possibilitar a construção de uma nova síntese, mais elaborada e qualitativamente superior).

Anastasiou (2007) cita algumas ações que contribuem para ampliar o conhecimento (estudo de textos, vídeos, pesquisa, estudo individual, grupos de trabalhos, seminários, exercícios) e assim, como Rubem Alves (1988), metaforicamente utiliza-se de elementos culinários para definir o trabalho do docente estrategista.

O *sabor do saber* está contido na forma de assimilação, e se encontra ligado às disposições, às experiências e às identidades, que precisam ser captadas pelo docente. Pois, o sabor, para ser obtido durante o fazer, exige uma série de esforços: misturas e temperos adequados, tempo de cozimento, chegar-se ao ponto, cuidados, dosagem... Aqui, entra a escolha

das estratégias, sendo tomadas como verdadeira *atividade artística* e exigem, do professor, percepção e criatividade, para despertar, no estudante, sensações ou estados de espírito carregados de vivência pessoal renovadora e profunda (ANASTASIOU, 2007, p.18).

### 3.2 “A Mistura de Temperos”: Os Alicerces do *Logbook*

Pensando na operacionalização das atividades propostas, elas foram reunidas em um instrumento que de início teve como referencial teórico o portfólio. Entretanto, ao apresentar esse instrumento ao Coordenador Pedagógico do Curso em exercício no ano de 2010, Dr. Marco Aurélio Marangoni, docente com vivência e, experiências de aprendizagem em escolas médicas no exterior, identificou-se na formatação do instrumento, um estilo mais marcado, mais instantâneo, com maior participação docente na elaboração das atividades propostas, elementos estes que o associavam a um instrumento denominado *logbook*.

Marangoni acrescentou ainda que, a construção do portfólio tinha um estilo mais livre, mais longitudinal e em geral seu conteúdo / produto era estabelecido mais pelo aluno do que pelo professor.

Essa experiência confirma a importância da troca de experiências entre os pares para a construção dos saberes docentes, o que é bem colocado por Tardif (2002) quando afirma que:

É através das relações com os seus pares e, portanto, através do confronto entre os saberes produzidos pela experiência coletiva dos professores, que os saberes experienciais adquirem certa objetividade: as certezas subjetivas devem ser, então, sistematizadas a fim de se transformarem num discurso da experiência capaz de informar ou de formar outros docentes e de fornecer respostas a seus problemas. (TARDIF, 2002, p.87).

Diante dessa realidade, com o desejo de desvelar a sua constituição, iniciou-se a busca por referenciais teóricos e, embora tenhamos encontrado o registro do uso do *logbook* em diferentes situações educativas e, em práticas universitárias tanto do Brasil quanto do exterior, não foram encontrados escritos que descrevessem de forma objetiva a sua caracterização.

Na ausência de um referencial teórico consistente e, tentando entender a sua constituição, buscou-se estudar alguns instrumentos que guardavam semelhança com sua essência como o portfólio, o estudo dirigido e o diário de bordo.



O portfólio encontra suas raízes na palavra italiana *portafoglio* (recipiente no qual se guardam folhas soltas), sendo originalmente utilizado na área de história das artes, com a função de reunir o conjunto de trabalhos de um artista/modelo com a intenção de divulgá-lo à sua clientela. Posteriormente a palavra teve seu uso estendido para o âmbito escolar e universitário na década de 90, sendo inicialmente utilizada nos Estados Unidos (ALVES, 2007).

Conceitualmente o portfólio pode ser definido como um instrumento de compilação dos trabalhos (registro de visitas e experiências, ensaios autorreflexivos, resumos de textos, projetos e relatórios de pesquisa) realizados pelos alunos, que permite análise, avaliação, execução e apresentação de produções resultantes de atividades executadas num determinado período (ALVARENGA, 2001).

Nele o aluno registra as evidências de suas habilidades, atitudes e conhecimentos, revelando assim uma aprendizagem significativa, que é o ponto chave deste instrumento, pois segundo Alves (2007) o mais importante não é o portfólio em si, mas o que o estudante aprendeu ao criá-lo ou, dito de outro modo, é um meio (processo) para atingir um fim (produto) e não um fim em si mesmo.

De acordo com a variação de finalidades e espaços geográficos, o portfólio recebe diferentes nomenclaturas, sendo as mais frequentes: dossiê (termo mais afeito à França e compreendido como a compilação de todos os materiais produzidos pelo estudante), porta-fólios (termo mais usado no Canadá e que representa uma amostra do dossiê), processo-fólios, diário de bordo e até mesmo classificações, entre as quais ressaltamos portfólio particular, demonstrativo de aprendizagem e mais recentemente, webfólio, cujo armazenamento do aprendizado tem o CD-ROM como suporte (ALVES, 2007).

Alvarenga (2001) denomina de processo-fólio, o método de organização e construção das produções dos alunos em uma espécie de “caderno do aluno”, no qual todos os passos do seu “percurso de aprendizagem” estão inventariados, enquanto que o portfólio reúne a documentação final, selecionada pelo aluno, contendo aquilo que formalmente ele quer apresentar para a avaliação e, que engloba a melhor parte desse percurso intitulado “memória do aprendizado”.

À vista disso, fica clara a importância, na educação, do portfólio de aprendizagem, que é o instrumento no qual “orientados por um

professor, os alunos registram suas reflexões sobre o seu processo de construção da aprendizagem”. (GUSMAN et al., 2002, p. 5).

Gusman et al. (2002) falando sobre a elaboração do portfólio, instrumento de autoavaliação e avaliação, adotado em 2001 pelos Cursos de Licenciaturas do Centro de Formação de Educadores da Universidade de Uberaba, propõem uma estrutura de montagem (*layout*) fácil e prática para sua construção:

- ✓ O portfólio deve ter um título e uma orientação básica para orientar os alunos sobre como se dará a sua construção;
- ✓ O formato deve ser totalmente livre (pasta, cadernos, revistas, jornais, criações artísticas dentre outros) e decidido pelo aluno;
- ✓ Deve ter um contorno longitudinal (movimentos que incentivam o fazer, discutir, refletir e refazer ideias);
- ✓ O aluno deve ser estimulado a usar a sua criatividade para compô-lo com linguagens e materiais livres, desde que coerentes com o seu conteúdo;
- ✓ Há necessidade de solicitar clareza e objetividade na análise e discussão da aprendizagem;
- ✓ O processo de construção deve ter como eixo norteador os encontros periódicos e constantes entre alunos e docentes mediadores, nos quais serão discutidas as reflexões, críticas, propostas, conteúdos significativos, dúvidas, pesquisas e, situações práticas vividas, as quais darão corpo ao aprendizado;
- ✓ O aluno deve registrar o seu aprendizado ao longo do processo.

Também discorrendo sobre o formato do portfólio, Anastasiou e Alves (2005) orientam que podem ser combinadas previamente as formas de registro (escritas manualmente ou digitadas, em caderno, bloco, pasta...) e a formatação do trabalho científico (capa com dados de identificação, contracapa, sumário, os relatos em si, considerações finais, bibliografias utilizadas no decorrer das aulas/trabalhos).

O aluno deve ser orientado para escrever apenas em um dos lados da página, deixando o outro como espaço para o diálogo com o professor. Cabe ainda a inclusão de outras produções significativas (fotos, desenhos, música, etc., com a respectiva análise), as anotações sobre avanços e dificuldades pessoais vivenciadas no processo e, as avaliações construtivas tanto do desempenho pessoal quanto do desempenho do professor (ANASTASIOU; ALVES, 2005).

O acompanhamento do processo de construção do portfólio propicia ao professor identificar em tempo real as dificuldades dos estudantes e propor soluções para sua superação (*feedback*), tendo em vista que as sínteses elaboradas e registradas pelos alunos são impregnadas da historicidade de seus autores e, retratam continuidade e rupturas pessoais, comportando, portanto, elementos de significação e práxis, os quais auxiliam o professor no processo de avaliação do aluno (ANASTASIOU; ALVES, 2005).

Porém, a sua validação não é um processo simples, devido a reflexibilidade e liberdade que o caracterizam, sendo importante superar a forma tradicional de avaliação centrada no produto final (quantitativo) para valorizar o processo de construção da ensinagem (qualitativo).

Gusman et al. (2002) e Anastasiou e Alves (2005) sugerem como critérios para avaliar o portfólio, a busca das seguintes evidências: capacidade reflexiva e crítica do aluno; transformação do pensamento (expressão de um “antes” e “um depois”); evidenciação de trajetórias individuais; alusão a referenciais teóricos ao longo das produções, criatividade nos registros (diferentes formatos); clareza de ideias; objetividade na expressão dos conceitos básicos; envolvimento e compromisso com a aprendizagem; capacidade de organização e cientificidade da ação do estudante.

Diante dos conhecimentos dispostos sobre a essência do portfólio, foi realizada a sua comparação com o instrumento construído (*logbook*) sendo observadas diversas similaridades entre eles, tais como a exigência de reflexão na execução nas atividades, movimentos de re-fazer (síncreses iniciais e sínteses mais elaboradas), análise de situações extraídas da realidade, treino da escrita e, estímulo à criatividade. Entretanto, também foram encontradas algumas diferenças como, por exemplo, um formato mais definido, com a proposição de atividades de forma mais objetivada e com menos independência para a decisão do conteúdo pelo aluno.

Ressalta-se ainda que essas diferenças são justamente as que aproximam esse instrumento do estudo dirigido, o qual segundo Alves (2007), é uma estratégia de aprendizagem em que o professor organiza roteiros prévios de acordo com as necessidades do aluno e/ou da classe direcionando temas, problemas e focos específicos do objeto de estudo que deseja trabalhar com os alunos.

É, portanto, um estudo orientado e sob a diretividade do professor com objetivos bem definidos (o que é a atividade e, para que ela se presta), que durante o seu desenvolvimento possibilita reflexões críticas ante a realidade vivida, identificação de dificuldades apresentadas pelos alunos, intervenções e retomada de assuntos, quando necessário.

Em sua dinâmica cabem tarefas individualizadas ou grupais, podendo ter atividades socializadas (leitura individual a partir de roteiro pré-estabelecido; resolução de questões e situações-problema, pesquisas e debates sobre o tema estudado, favorecendo a socialização dos conhecimentos, a discussão de soluções, a reflexão e o posicionamento crítico dos estudantes ante a realidade vivida).

Segundo Libâneo (2000), essa é considerada uma estratégia que procura consolidar os conhecimentos por meio da combinação da explicação docente com a execução de atividades, buscando a solução dos problemas por meio de questões que estimulem a criatividade e a autonomia dos alunos, possibilitando à estes, o desenvolvimento da capacidade de trabalhar com os conhecimentos adquiridos, aplicando-os a situações novas, referentes tanto aos problemas cotidianos quanto a problemas mais amplos da vida social.

Além de seu uso como recurso de aprendizagem, o estudo dirigido, na opinião de autores como Libâneo (2000), Anastasiou e Alves (2005), também se presta à avaliação diagnóstica da aprendizagem através do acompanhamento da execução das atividades propostas (dificuldades e progressos) e da sua correlação com a prática vivenciada pelo aluno. Concomitantemente, ressalta-se a importância das questões que o aluno formula ao professor durante as discussões coletivas sobre o tema, a clareza na exposição de ideias e da escrita; o suporte teórico utilizado; bem como a verificação do alcance dos objetivos propostos e da eficácia do trabalho realizado na condução do ensino.

Se o estudo realizado sob a diretividade do professor com definições claras de suas atividades e finalidades situa o estudo dirigido como um dos alicerces do instrumento produzido, o fato do *logbook* ter algumas atividades mais lúdicas que possibilitam uma maior liberdade e expressão de criatividade nas produções, os diferencia.

Dessa maneira, não conseguindo identificá-lo totalmente com o portfólio ou com o estudo dirigido, buscou-se então, estudar a gênese do termo *logbook*, o qual originalmente foi usado na navegação para descrever o diário de

bordo ou livro de registro, empregado para determinar a distância percorrida por um navio em um determinado tempo e, aos poucos, viu o seu uso estender-se para as mais diferentes ciências.

Durante as pesquisas, embora fossem encontrados relatos do uso desse instrumento na educação, em diferentes áreas (arte, letras, geografia, medicina), não foram localizados os referenciais teóricos que descrevessem de forma objetiva a sua caracterização.

Na educação médica, há um histórico de sua utilização para o registro de experiências clínicas em algumas universidades como a de *Shiraz*, no Irã (SABER; SABERI FIROUZI; AZIZI, 2008) e, a de *West Virginia* nos EUA (COTTRELL et al., 2010) entre outras.

Na Europa o seu uso também foi verificado, como aponta o trecho abaixo de um artigo escrito pelo médico português Carlos Ruah (2008) no qual, ele expressa uma opinião favorável ao emprego de um *logbook* padrão proposto pela União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS) no ensino de especialidades médicas.

O Logbook que foi editado segundo o European Training Program proposto pela UEMS, é um avanço que serve para ajudar a uniformizar o ensino da especialidade. [...] A experiência de 24 anos de ensino de estudantes e internos, nos EUA e aqui, ensinou-me que o instrumento responde muito melhor se o seu ensino for sistemático e não errático, se for mais standardizado, rotatório pelas diversas sub-especialidades e se for iniciado com o “relembrar” das cadeiras básicas tão esquecidas no momento em que nos começam a acompanhar (RUAH, 2008, p. 276).

No Brasil, as pesquisas revelaram um modelo de *logbook* utilizado para documentar as atividades de estágio do internato de medicina nas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) de Catanduva-SP (GONSAGA, 2013).

Outrossim, comparando o *logbook* produzido com o modelo da FIPA, é possível observar diversas semelhanças entre eles: presença de atividades mais objetivas ao lado de outras mais reflexivas, tempo de desenvolvimento relativamente curto do aprendizado (dias), temáticas sempre ligadas a realidade prática, formato prévio do instrumento estabelecido pelo professor, proposição de ações com intencionalidades bem definidas, expressão do aprendizado registrada, existência de mediação docente e socialização das discussões no grupo.

Diante da escassez de escritos que façam uma clarificação de sua caracterização e, considerando-se que o termo *logbook* é pouco difundido no Brasil,

dado o seu significado, por analogia pesquisaram-se trabalhos que relatassem o uso do Diário de Bordo na educação, com o objetivo de verificar uma possível associação entre eles.

Nas pesquisas realizadas foram encontrados relatos sobre o uso do diário de bordo nas mais diferentes áreas (artes, geografia, letras, pedagogia entre outras).

Alarcão (1996) faz referência ao uso do diário de Bordo na educação descrevendo três tipos de diários possíveis de serem construídos:

- ✓ O diário de bordo (*log*) que se caracteriza pelo caráter objetivo dos acontecimentos;
- ✓ O diário íntimo (*diary*) que além do caráter objetivo, permite a reflexão do ato educativo através do diálogo do autor consigo mesmo e com sua ação e,
- ✓ O registro cotidiano (*journal*), o qual tem as características dos dois primeiros, além da vantagem de permitir a reconstrução da experiência vivida em termos de fatos e sentimentos, permitindo a atribuição de sentido.

Zabalza (1994) é outro autor que tipifica os diferentes diários de acordo com o “estilo pessoal” dos diaristas, conforme a seguinte classificação:

- ✓ O diário como organizador estrutural da aula: registros de caráter burocrático tais como sequência de atividades, horários, avisos, etc.;
- ✓ O diário como descrição de tarefas: descrição das atividades e seus objetivos;
- ✓ O diário como expressão das características dos alunos e dos próprios professores: é um diário reflexivo no qual são descritas as características dos sujeitos, impressões, sensações, dificuldades, avanços, etc.;
- ✓ O diário misto: descrição tanto as ações dos sujeitos quanto as atividades realizadas, com expressões de sentido.

Pensando nas características do *logbook* utilizado nessa experiência, é possível encontrar semelhanças entre ele e o diário de registro cotidiano (*journal*) de Alarcão ou ainda com o diário misto de Zabalza, considerando-se que além de registros objetivos dos acontecimentos, neles há espaço para a reflexão dos sujeitos

e para a atribuição de sentidos. No entanto, o roteiro mais marcado de atividades sob a directividade do docente impede a associação completa.

### **3.3 “A Pimenta”: Revelando o *Logbook Produzido***

Considerando a dificuldade em localizar achados que definissem sua constituição, a personalização do *logbook* produzido sobreveio muito mais pela observação dos instrumentos objetos dessas experiências do que por meio de uma teoria específica sobre sua formatação. Isto posto, pode-se dizer que o *logbook* construído é um instrumento híbrido, multifacetado, com momentos de portfólio, outros de estudo dirigido e, até mesmo uma faceta do diário de bordo do tipo *journal* ou misto.

A sua operacionalização guarda similaridades com o ideário de Gebran (1996) de aulas mais criativas e participativas, que contribuam para o reestabelecimento da relação mais harmônica e prazerosa entre professor e aluno, capazes de fazê-los realmente viver “o encontro” e, que lhes possibilite “saborear” os momentos de aprendizagem mútua. Nessas ocasiões é possível observar o enorme potencial existente tanto para a orientação objetiva de experiências de aprendizagem e, documentação das reflexões sobre elas quanto para a avaliação da aprendizagem.

Além disso, pode-se constituir, pela multiplicidade de atividades propostas, em uma excelente oportunidade para que o discente revele criatividade, criticidade, capacidade de resolução de problemas e de trabalho cooperativo, além da possibilidade de praticar a correlação entre conteúdos teóricos e práticos, dada à característica, tão valorizada por Gebran (1996), de ações propostas que tragam o dia-a-dia para a sala de aula, procurando dar-lhes contextualização e sentido.

A estrutura final do instrumento é composta por sete atividades selecionadas pelo docente mediador (quatro coletivas e três individuais), as quais alternam atividades cognitivas de correlação de ideias/conceitos (autorreflexão sobre a trajetória de vida, estudo de caso, abstração para situações práticas a partir de letras de músicas) e práticas, que permitem a contextualização e atribuição de significados (construção de um projeto terapêutico singular (PTS)<sup>7</sup> para um usuário

---

<sup>7</sup> Projeto Terapêutico Singular (PTS) entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas, articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, para um sujeito individual ou coletivo. Configura-se como um

de saúde, entrevista com profissionais, comparação entre teoria / prática sobre a infraestrutura, assistência e processo de trabalho da Saúde da Família), cada uma com objetivos bem especificados.

A construção inicia-se no primeiro encontro presencial quando o processo de ensino e aprendizagem é apresentado ao grupo discente, logo no início do estágio na ESF. É o momento de orientação da dinâmica das atividades propostas, esclarecimento de dúvidas, resgate de conhecimentos prévios e desenvolvimento *in loco* das duas primeiras atividades, mais afeitas à apresentação e à autorreflexão discente.

Antes do encerramento, são feitas as pactuações para o próximo encontro, nas quais são acordadas a data, o horário e, a possibilidade das sínteses iniciais serem feitas à lápis para permitir o movimento de re-fazer. Articula-se também a dinâmica de discussão dos construtos, ocasião em que todos serão convidados aleatoriamente para iniciarem algum dos itens em questão, de forma que nenhum estudante fique sem participação ativa nessa construção.

No segundo encontro inicia-se a roda de conversa para a discussão das produções provisórias e, para permitir o clima cordial e a redução da ansiedade perante a participação individual, é realizado o esclarecimento de que nesta ocasião, será valorado principalmente o processo de construção e não o conteúdo em si.

Encerradas as discussões, há concessão de um novo intervalo para a entrega da produção final (síntese mais elaborada) e abre-se um espaço para uma breve avaliação discente sobre as impressões vivenciadas e para a análise do docente mediador do construto grupal e da participação individual dos discentes.

Durante o transcorrer da experiência, cabe ao docente assumir uma atitude de mediação de diálogos, ligando os saberes, dirigindo as atividades, articulando as dimensões cognitivas e afetivas do aprendizado e motivando os alunos para a participação ativa nas discussões e para a “autoria” do seu próprio aprendizado, em concordância com os pensamentos de Cunha (2008), que assevera:

A mediação é outra importante categoria da ruptura paradigmática, assumindo a inclusão das relações sócio-afetivas como condição da aprendizagem significativa. Inclui a capacidade de lidar com as subjetividades dos envolvidos, articulando essa dimensão com o



conhecimento. Pressupõe relações de respeito entre professor e alunos, a dimensão do prazer de aprender, do gosto pela matéria de ensino e do entusiasmo pelas tarefas planejadas. (CUNHA, 2008, p.26-27).

Zabala (1998) advoga a favor dessas relações que se estabelecem entre os professores, os alunos e os conteúdos no processo de ensino e de aprendizagem e, reafirma o importante papel do professor de intermediação entre os alunos e o aprendizado.

Ressalte-se aqui o papel ativo e profissional do docente, em consonância com os pensamentos de Veiga (2015) para quem “o professor é o agente social responsável pelo ensino; orienta, coordena, estabelece uma relação mediada pelo conhecimento” (VEIGA, 2015, p.292).

No final do *logbook* há um espaço definido para a que o discente expresse sua avaliação sobre essa experiência em relação aos pontos de aprendizagem, tipos de colaboração formativa utilizados pelo docente mediador e participação pessoal.

O Quadro 9 traz uma descrição resumida das atividades propostas no *logbook* alvo dessa experiência e, a mobilização de recursos mentais que se pretende alcançar com cada uma delas.

QUADRO 9 – Caracterização do *logbook* utilizado na pesquisa de acordo com os recursos mentais mobilizados por cada atividade proposta.

Atividade proposta	Mobilização de recursos mentais
<p><u>1ª ATIVIDADE:</u> Compor um breve relatório da sua trajetória. (Colocar em poucas linhas a idade, o local de onde vem, as experiências anteriores em termos de formação e trabalho, a motivação que o fez tomar a decisão de cursar medicina, a área de atuação que pretende seguir e pelo menos 02 (duas) qualidades que possui que podem ajudá-lo(a) no seu desenvolvimento profissional).</p> <p><u>OBJETIVO:</u> Reflexão sobre a motivação para o exercício da medicina e valorização das potencialidades para o exercício da profissão.</p>	<p>Recordação, organização de dados, planejamento, autoavaliação, reflexão.</p>
<p><u>2ª ATIVIDADE:</u> Citar 05 características que deveriam permear um “cuidado em saúde”?</p> <p><u>OBJETIVO:</u> Reflexão ampliada sobre o cuidado em saúde.</p>	<p>Interpretação, análise, crítica, reflexão.</p>

continua

QUADRO 9 – Caracterização do *logbook* utilizado nessa pesquisa de acordo com os recursos mentais mobilizados por cada atividade proposta.

Conclusão

Atividade proposta	Mobilização de recursos mentais
<p><b>3ª ATIVIDADE:</b> Buscar na ESF, junto com o grupo, as informações abaixo e analisar coletivamente se a ESF está atendendo as diretrizes constantes na Portaria 2488/11 - MS que regula o funcionamento da atenção primária em saúde.</p> <p><b>OBJETIVOS:</b> Reflexão sobre a dinâmica de trabalho e organização da ESF e associação de conteúdos teóricos com as práticas vivenciadas na ESF.</p>	<p>Obtenção e organização de dados, trabalho cooperativo, comparação, análise e reflexão, aplicação de princípios a novas situações, decisão.</p>
<p><b>4ª ATIVIDADE:</b> Realizar a leitura de uma situação- problema e desenvolver os questionamentos sobre os elementos norteadores do caso.</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Análise crítico-reflexiva sobre um caso clínico extraído da realidade de uma Equipe de ESF, dentro da sistemática da Clínica Ampliada em Saúde.</p>	<p>Análise e reflexão, crítica, interpretação, trabalho cooperativo, imaginação, busca de suposições, aplicação de fatos e princípios a novas situações, ajuizamento, construção de hipóteses, re-elaboração.</p>
<p><b>5ª ATIVIDADE:</b> Escolher junto com a equipe da ESF uma família para realizar uma visita domiciliar e selecionar junto com o grupo um elemento da família para esboçar um PTS.</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Vivenciar a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) dentro dos moldes da Clínica Ampliada em Saúde.</p>	<p>Identificação, observação, obtenção e organização de dados, trabalho cooperativo planejamento, imaginação, elaboração de hipóteses, interpretação e tomada de decisão, crítica, análise e reflexão, re-elaboração, criatividade, busca de suposições, classificação, aplicação de fatos e princípios a novas situações.</p>
<p><b>6ª ATIVIDADE:</b> Realizar uma entrevista com a médica e / ou enfermeira da ESF e analisar como é a articulação entre a ESF e os demais serviços que compõem a rede regionalizada do SUS.</p> <p><b>OBJETIVOS:</b> Análise crítico-reflexiva do funcionamento da rede de serviços do SUS e classificação do tipo de Rede vivenciado no estágio.</p>	<p>Análise e reflexão, trabalho cooperativo interpretação, crítica, obtenção e organização de dados, comparação, decisão.</p>
<p><b>7ª ATIVIDADE:</b> Traçar um paralelo entre a letra da música abaixo e os conteúdos estudados, retratando a sua trajetória dentro desse processo.</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Refletir sobre a necessidade dos serviços de saúde/profissionais de saúde serem flexíveis, a fim de incorporar novos modos de operar em saúde que contribuam para a transformação das práticas em saúde.</p>	<p>Comparação, interpretação, crítica, análise, re-elaboração, imaginação, abstração, criatividade, resumo.</p>

Fonte: *Logbook* alvo da pesquisa.

As principais similaridades e diferenças entre o *logbook* construído e os instrumentos estudados durante a pesquisa foram reunidas no Quadro 10.

QUADRO 10 – Categorização das principais estratégias de ensino e aprendizagem retratadas nessa pesquisa.

Estratégia Critérios	Portfólio	Estudo Dirigido	Diário de Bordo	Logbook
Estímulo à escrita e registro de atitudes e saberes	Sim	Sim	Sim	Sim
Tipos de conteúdos presentes	Extraídos da prática, contextualizados	Pontuais, que podem ser extraídos da teoria	Extraídos da prática, contextualizados	Extraídos da prática, contextualizados
Encontros periódicos com docente mediador	Sim	Sim	Sim	Sim
Estrutura de montagem (layout) mais usual	Título; orientação básica sobre a construção; capa com identificação; sumário; relatos; considerações finais; bibliografias utilizadas	Não há uma orientação definida	Não há orientação definida	Título; orientação básica sobre a construção; capa com identificação; construtos das atividades propostas e avaliação pessoal e do professor
Formato de documentação do aprendizado	Totalmente livre (pasta, cadernos, etc.) e decidido pelo aluno, permite criatividade no uso de linguagens e materiais desde que coerentes com o seu conteúdo	Formato é decidido pelo professor (roteiro prévio)	Formato normalmente é livre e definido pelo aluno que pode expressar sua criatividade na sua composição	Formato inicial decidido pelo professor (roteiro prévio), porém há atividades mais livres que permitem expressão de criatividade
Natureza da proposta	Estudo mais livre e abstrato, embora tenha alguma orientação para as construções	Estudo orientado e sob a diretividade do professor com objetivos bem definidos	Estudo mais livre e abstrato embora tenha alguma orientação para as construções	Estudo que alterna questões mais objetivadas sob a diretividade do professor, com outras questões mais abstratas e livres
Permite transformação de pensamento (síntese-análise- síntese); expressão de um “antes” e um “depois”	Sim	Sim	Sim	Sim
Há anotações sobre avanços e dificuldades pessoais vividos no processo e avaliação dos desempenhos pessoal e docente	Sim	Normalmente não	Sim	Sim
Permite identificar dificuldades de aprendizagem em tempo real e propor soluções para sua superação ( <i>feedback</i> )	Sim	Sim	Sim	Sim
Permite avaliação formativa (processo e produto)	Sim	Sim	Sim	Sim
Tempo de operacionalização	Normalmente requer acompanhamento e desenvolvimento por um tempo maior dada a sua amplitude, liberdade (meses, semestre, ano)	Permite desenvolvimento do aprendizado em tempo mais curto, pois trabalha com atividades e temas mais restritos	Normalmente requer acompanhamento e desenvolvimento por um tempo maior dada a sua amplitude, liberdade (meses, semestre, ano)	Permite desenvolvimento do aprendizado em tempo mais curto, pois alterna atividades objetivas mais definidas com outras mais reflexivas
Dinâmica com atividades individuais, grupais, podendo ter atividades socializadas	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Dados trabalhados na pesquisa.

Após a concretização da experiência, já com o distanciamento necessário à análise da construção do processo, percebo que um fator

preponderante na escolha de trabalhar com um roteiro de atividades desenhadas pelo docente para serem desenvolvidas pelos estudantes nos cenários práticos, foi o reduzido número de dias de estágio (média de 07 dias), o que exigia uma metodologia ágil que pudesse ser concluída num espaço de tempo curto.

Outro aspecto a favor de sua adoção, reside no fato de permitir a alternância de atividades mais objetivas com outras reflexivas, o que favoreceu o respeito pelas singularidades dos estudantes, uma vez que, dessa forma, o discente que demonstra maior conforto com atividades mais objetivas, encontrará atividades desse tipo e, àquele mais reflexivo também terá espaço para demonstrar seu protagonismo.

Por fim, em consonância com a inspiração de desenvolvimento da pesquisa de uma “Filosofia Culinária de Educação”, é chegado o momento de se estabelecer uma “receita”, que estabeleça um roteiro para a construção de um *logbook* o qual poderá, não obstante, assumir outros formatos conforme o fim desejado.

#### QUADRO 11 – Roteiro para construção de um *logbook*.

Passos	Ação Docente
1º Passo	Escolher os conteúdos que serão trabalhados de acordo com as atividades práticas que serão desenvolvidas no estágio (a prática é fundante da teoria).  Obs: o ideal é não exceder o número de 3 ou 4 conteúdos, dado a característica de dinamicidade de desenvolvimento do <i>logbook</i> (tempo mais curto).
2º Passo	Decidir o Formato ( <i>layout</i> ) e incluir os seguintes itens:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capa com identificação do instrumento e do aluno;</li> <li>✓ Orientação básica sobre o que é o <i>logbook</i> e sobre o seu formato (dinâmica das atividades);</li> <li>✓ Deixar espaço para incluir as atividades propostas e</li> <li>✓ Reservar um espaço no final para registro da avaliação do docente e do aluno.</li> </ul>
3º Passo	Criar situações de aprendizagem (atividades) e definir os objetivos de aprendizagem a que se destinam.  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pensar em atividades que diversifiquem o tipo de operações mentais necessárias à resolução da atividade;</li> <li>✓ Incluir atividades individuais e coletivas;</li> <li>✓ Mesclar atividades cuja resolução possa se dar por reflexão com outras que demandam ações práticas (entrevistas, observação, busca ativa);</li> <li>✓ Iniciar sempre com uma atividade de apresentação pessoal que envolva uma autorreflexão discente;</li> <li>✓ Alternar atividades mais concretas e objetivadas com algumas mais lúdicas e livres;</li> <li>✓ Reservar uma das atividades lúdicas para o final, de preferência com a possibilidade que de que ela possa condensar um compilado das ideias trabalhadas nas demais atividades. Ex: letra de uma música.</li> </ul>

continua

QUADRO 11 – Roteiro para construção de um *logbook*.

Conclusão

Passos	Ação Docente
4º Passo	<p>Estabelecer as estratégias de desenvolvimento do <i>logbook</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ N° de encontros pedagógicos;</li> <li>✓ Duração: mínimo de 1H30M e máximo de 2H30M (para não exaurir o estudante);</li> <li>✓ Combinar a forma de apresentação (se possível, deve-se dar preferência para o formato manual, pensando que a esse pode ser um momento excelente para o treino da escrita e uma oportunidade de reflexão);</li> <li>✓ No 1º encontro iniciar o processo com a explicação do instrumento e atividades;</li> <li>✓ Após a explicação de cada atividade, estimular a confecção de uma síntese sobre essa temática (resgate dos conhecimentos prévios do aluno);</li> <li>✓ Agendar o 2º encontro, informando que no novo encontro pedagógico será realizado a exploração dos construtos discentes (síntese mais elaborada), sendo sorteado aleatoriamente o discente que iniciará a discussão, devendo no entanto todos serem provocados para dar suas contribuições, podendo também haver intervenções e contribuições dos pares nas discussões temáticas.</li> <li>✓ Ao final de cada atividade, o docente deverá realizar um <i>feedback</i> do construto, relacionando-o ao alcance do objetivo proposto com a atividade;</li> <li>✓ O professor deve registrar ao final de cada encontro suas impressões sobre o grupo e sobre cada um em particular.</li> </ul>
5º Passo	<p>Ao final de cada encontro pedagógico cada discente deverá realizar uma breve avaliação sobre a experiência, sendo o fechamento realizado pelo docente que fará uma avaliação geral sobre os construtos, participações individuais e sobre o grupo (ressaltar evolução).</p>

Fonte: Dados trabalhados na pesquisa.

## 4 O MÉTODO: “MECANISMOS- UTENSÍLIOS UTILIZADOS PARA SE REVELAR OS SABORES”

Na busca dos seus sonhos você terá de construir um novo saber, que eu mesmo não sei... E os seus pensamentos terão de ser outros, diferentes daqueles que você agora tem.

(ALVES, 1994, p. 74)

O capítulo 4 apresenta a descrição do percurso metodológico esquadrihado na presente dissertação. Tal trajetória, no contexto da metáfora da “Filosofia Culinária da Educação” de Rubem Alves (1988, p. 92), retratou os “utensílios – métodos” utilizados para revelar os *sabores* da experiência-alvo desta pesquisa. Desvelar os *sabores* significa, em tese, reconstituir os sentidos atribuídos ao fenômeno pelos sujeitos que partilharam do experimento.

### 4.1 A Tipologia da Investigação

A insatisfação docente com os resultados de um ensino médico apassivado e distante das demandas reais do mundo do trabalho em saúde levou-nos a experimentar um novo formato de prática docente.

As ações empreendidas resultaram em impressões iniciais promissoras que permitiram um aprofundamento na essência desse fenômeno, transformando-se, quase de que forma natural, no ponto de partida dessa dissertação.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de cunho fenomenológico do tipo pesquisa-ação (MINAYO,1994; ELLIOT,1998), dado o seu caráter de investigar a realidade de uma prática educativa, na qual um instrumento denominado *logbook* foi usado como procedimento de ensino e de aprendizagem, durante o estágio desenvolvido no 7º termo da FAMEPP da UNOESTE.

A escolha da abordagem qualitativa de cunho fenomenológico justifica-se pelo fato do ambiente onde se deu a pesquisa ter sido a própria sala de aula, e as manifestações foram estudadas na visão dos atores participantes (estudantes e docente mediador), buscando capturar a essência do fenômeno investigado.

Nesse tipo de pesquisa os dados descritivos são obtidos mediante o contato interativo do pesquisador com o fenômeno estudado e a sua análise procura desvelar o significado das coisas e da vida na perspectiva dos participantes da pesquisa, opinião ratificada por Chizzotti (1991):

[..] parte do fundamento de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um conjunto de dados isolados; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado, O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que os sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 1991, p. 79).

Lüdke e André (1986) tipificaram esse tipo de pesquisa como sendo aquela em que o ambiente natural é a fonte de dados; o pesquisador, que é o seu principal instrumento, está em contato direto com o objeto estudado e busca captar o universo dos significados que se revelam nos discursos dos sujeitos; há uma valoração do processo em relação ao produto; os dados obtidos são eminentemente descritivos e sua análise ocorre por processo indutivo.

Em essência, a pesquisa qualitativa busca compreender as circunstâncias particulares do fenômeno, conforme relata Minayo (1994):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p.22).

Enquanto na construção da pesquisa quantitativa a matéria prima estruturante são os substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação, no movimento que informa as abordagens ou subsidia as análises qualitativas os verbos como compreender, interpretar e dialetizar tornam-se preponderantes (MINAYO, 2012).

A opção pela pesquisa-ação deu-se pelo fato do objeto da investigação ser uma experiência relacionada à prática educativa que objetiva solucionar problemas vivenciados na realidade da sala de aula, tendo o pesquisador como participante engajado nesta atividade. A pesquisa-ação é uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também o pesquisador é parte integrante do processo, sendo utilizada na educação para superar a lacuna existente entre teoria e prática (ELLIOT, 1998; ENGEL, 2000).

Segundo Engel (2000), as características essenciais da pesquisa-ação são:

- ✓ Deve tornar-se um processo de aprendizagem para todos os participantes (sujeito e objeto indissociáveis);
- ✓ Os resultados serão validados pela utilidade dos dados para os sujeitos envolvidos;
- ✓ No ensino, seu objeto de pesquisa são as ações humanas em situações passíveis de mudança que exigem uma resposta prática e que são interpretadas a partir da visão das pessoas envolvidas;
- ✓ Tem um caráter situacional, procura fazer diagnóstico de uma situação específica para atingir uma relevância prática dos resultados (não almeja a generalização);
- ✓ É autoavaliativa, isto é, as intervenções realizadas na prática são constantemente avaliadas no decorrer do processo.

Ela objetiva, em essência, a melhoria dessa prática pela transformação da realidade vivida por meio de intervenções, como destaca Miranda e Rezende (2006),

Tratar-se-ia, assim, de uma pesquisa que articula a relação entre teoria e prática no processo mesmo de construção do conhecimento, ou seja, a dimensão da prática – que é constitutiva da educação – seria fonte e lugar privilegiado da pesquisa. Além disso, a própria investigação se converteria em ação, em intervenção social, possibilitando ao pesquisador uma atuação efetiva sobre a realidade estudada. Reflexão e prática, ação e pensamento, pólos antes contrapostos, agora seriam acolhidos em uma modalidade de pesquisa que considera a intervenção social na prática como seu princípio e seu fim último (MIRANDA & REZENDE, 2006, p. 511).

Esse tipo de pesquisa, por ter como cenário a sala de aula, também se adequa ao desenvolvimento profissional do docente pesquisador, oportunizando a produção de conhecimento sobre sua prática, num experimento em que professor e estudantes aparecem profundamente imbricados, imanentes na experiência possível.

Engel (2000, p. 183), para sancionar esse pressuposto sobre a pesquisa-ação, apoia-se em David Nunan (1993), destacando que “este tipo de pesquisa constitui um meio de desenvolvimento profissional de ‘dentro para fora’, pois parte das preocupações e interesses das pessoas envolvidas na prática, envolvendo-as em seu próprio desenvolvimento profissional”.



## 4.2 Os Sujeitos da Pesquisa

Conforme expresso por Silva (2003, p.27), “na abordagem qualitativa, ainda que com tarefas e situações diferentes, pesquisador e pesquisados constituíram-se sujeitos de um mesmo trabalho comum”. Assim, considerou-se como sujeitos da pesquisa a totalidade dos atores envolvidos no contexto real da experiência: 53 estudantes do 7º Termo do Curso de Medicina da UNOESTE que estagiaram em uma ESF do município de Presidente Prudente no penúltimo rodízio (setembro a outubro) de 2014, durante a UA do PAI SUS, e o docente mediador do processo de ensino e aprendizagem (pesquisador participante).

O critério para a escolha do período a ser analisado foi orientado pela data de aprovação do trabalho no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), ocorrida em 09 de setembro de 2014 (período subsequente).

De início, considerou-se como critério de exclusão a não participação do estudante na construção do *logbook*, porém como todos participaram ativamente desse processo, essa opção não foi concretizada e o universo da pesquisa constituiu-se na totalidade da amostra.

## 4.3 A Coleta de Dados

O desenvolvimento prático da pesquisa empreendida orientou-se na trajetória de ocorrência da experiência de ensino e aprendizagem, objeto dessa investigação, na qual estavam previstos dois encontros pedagógicos entre os estudantes e o docente mediador após o término das atividades de estágio, em uma das salas de aula da Faculdade de Medicina, para construção do *logbook* durante suas práticas na ESF.

Dessa forma, a coleta de dados para desvelamento das ideias, sentimentos e impressões dos sujeitos envolvidos ocorreram durante esses encontros presenciais nos quatro rodízios de grupos de estudantes e observaram as seguintes premissas:

- ✓ Aplicação de um questionário (Apêndice A) com duas partes: a primeira parte, contendo 15 questões atinentes ao perfil dos estudantes e as suas impressões sobre o seu processo formativo, aplicada no primeiro encontro, logo após os estudantes terem

travado o contato inicial com o *logbook*. A segunda parte, com 15 questões alusivas às manifestações e impressões discentes sobre o fenômeno estudado, foi aplicada no final do segundo encontro;

- ✓ Observação participante do docente mediador registrada em um diário de bordo para captar posturas e expressões acerca do experienciado e documentar as potencialidades e fragilidades observadas no processo e
- ✓ Análise documental dos *logbooks* produzidos, buscando elementos que identificassem a construção do aprendizado e os sentimentos e impressões discentes ao final da experiência.

Após a aprovação da pesquisa pelo CEP em 09 de setembro de 2014 (Parecer nº 782.553), os estudantes foram convidados para participarem da pesquisa, clarificando as suas finalidades e a solicitação da assinatura do termo de concordância (Apêndice B).

Todos os discentes envolvidos na experiência aceitaram o convite e, visando preservar as suas identidades e a livre expressão de suas impressões, foram informados que não precisavam se identificar durante o preenchimento dos questionários de pesquisa, pois seriam identificados aleatoriamente com números de 01 a 53.

O início da aplicação dos questionários deu-se na segunda quinzena de setembro e estendeu-se até a primeira quinzena de outubro de 2014.

#### **4.4 A análise dos Dados**

O último passo da pesquisa ocupou-se da interpretação dos dados obtidos, cujo tratamento analítico teve como referência técnica categorias que emergiram da análise de conteúdo, adaptada da proposta de Bardin (2009) para significação dos resultados. Para Bardin (2009), a análise de conteúdo pode ser designada como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas destas mensagens) (BARDIN, 2009, p. 44).

O processo de exploração do material iniciou-se com a leitura e releitura dos dados para organização dos recortes possíveis. Essa apreciação foi organizada por aproximação de itens de interesse codificados conforme os objetivos da pesquisa, resultando em quatro unidades temáticas que permitiram a análise dos significados dos dados da pesquisa. O tratamento dos resultados foi transformado em categorias de acordo com a presença, frequência, semelhança e a intensidade da mensagem analisada.

Na quarta unidade temática, a decodificação das categorias analíticas deu-se pelo processo de triangulação dos dados oriundos do questionamento sobre as contribuições do *logbook* para o processo de ensino e aprendizado na visão discente e a comparação com as impressões docentes derivadas dos encontros pedagógicos e da análise dos *logbooks* produzidos, a fim de desvelar unidades de sentidos, comuns entre eles, o que contribuiu para o processo de interpretação indutiva de todo o material gerado na pesquisa.

A classificação das informações coletadas em blocos de significados fez-se necessária dada à natureza abstrata dos dados produzidos em uma pesquisa qualitativa, pois como ressalta Chizzotti (1991), eles compõem fenômenos que não se restringem nas aparências, mas se manifestam em complexas mensagens que se revelam e se ocultam. Daí decorre a importância de se proceder à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009, p. 45), “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”, pressuposto que se adequa perfeitamente ao ideário de uma pesquisa qualitativa que busca descobrir a essência do fenômeno estudado.

Os eixos temáticos e as categorias da análise que emergiram da exploração e organização do material pesquisado estão descritas no Quadro 12.

QUADRO 12 – Eixos temáticos e categorias analíticas.

Eixos Temáticos	I.	II.	III.	IV.
	O Perfil dos “aprendizes de feiticeiro”	O Perfil do curso de medicina na visão discente	As Impressões discentes sobre o uso do <i>logbook</i>	Contribuições do <i>logbook</i> para o aprendizado na visão discente e docente
<b>Categorias Analíticas</b>	1. Gênero e faixa etária dos discentes participantes	1. Visão discente sobre a infraestrutura, a coordenação, o corpo docente e o suporte teórico do curso médico	1. Correlação entre a teoria e as atividades práticas do <i>logbook</i>	1. Favoreceu a participação ativa e protagonismo do aluno e o trabalho cooperativo
	2. Procedência dos discentes envolvidos na pesquisa	2. Impressões discentes sobre o processo formativo do curso médico	2. Avaliação da estrutura/formato do <i>logbook</i>	2. A multiplicidade de atividades permitiu a manifestação de criatividade e criticidade pelos estudantes
	3. Comparação do perfil de classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado	3. Visão discente sobre o preparo uma prática humanizada de saúde	3. Avaliação da dinâmica de desenvolvimento do <i>logbook</i>	3. Houve mobilização de diferentes operações mentais
	4. Uso do SUS de acordo com a classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado	4. Impressões discentes sobre o perfil do curso de medicina	4. Papel do docente mediador	4. Ocorreu uma maior contextualização das experiências práticas com a teoria, o que lhes conferiu sentido
	5. Experiências universitárias	5. Visão discente sobre as metodologias de ensino e de aprendizagem	5. Papel discente no processo	5. Permitiu uma aprendizagem processual em tempo curto
	6. Experiências profissionais	6. Práticas Avaliativas no curso médico	6. Potencialidades do <i>logbook</i>	6. Criou situações de aprendizagem com objetivos educativos
	7. Motivação vocacional discente	-	7. Fragilidades do <i>logbook</i>	7. Possibilitou a avaliação formativa em tempo real
	-	-	-	8. Respeitou as singularidades dos estudantes
	-	-	-	9. Oportunizou o treino da escrita, que pode ser um momento de reflexão discente
	-	-	-	10. A relação professor-aluno se (re) estabeleceu de forma mais harmônica e prazerosa

Fonte: O autor

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: TIRANDO A TAMPA DA PAINEL PARA VER O QUE ESTÁ LÁ DENTRO

Interessa-me mais o prazer que aparece no rosto curioso e sorridente de alguém que tira a tampa da panela, para ver o que está lá dentro.

(ALVES, 1988, p. 90)

Este capítulo inicia o processo de imersão nos significados da pesquisa ao revelar os traços identitários dos discentes e do curso de medicina que são, respectivamente, sujeitos e cenário desta investigação, e as impressões sobre o uso do *logbook* na visão dos estudantes e do docente mediador (pesquisador participante).

Esse processo de desvelamento permitiu um aprofundamento na identificação do perfil dos estudantes e na reconstituição do sentido que eles têm de si mesmos, daquilo que fazem e do espaço em que atuam. As manifestações e impressões discentes foram apreciadas tanto em relação às questões pessoais (idade, gênero, origem, renda per capita, existência de plano de saúde e uso do SUS, experiência universitária/profissional e motivação vocacional), quanto acadêmicas (avaliação da infraestrutura, coordenação, corpo docente, suporte teórico, práticas humanizadas, metodologia de ensino e de aprendizagem, práticas avaliativas e perfil de formação do curso de medicina).

### 5.1 O Perfil dos “Aprendizes de Feiticeiros”

Nas sociedades primitivas a magia e os procedimentos racionais coexistiam no tratamento e cura das doenças. Os papéis de curandeiro, feiticeiro, xamã e sacerdote eram desempenhados pela mesma pessoa que vivia separada da população geral e distinguia-se por suas vestes, atitudes e modos de vida não usuais. Essas características físicas, gestuais e comportamentais não somente significavam uma ativa diferenciação do resto dos membros do grupo social, mas também objetivavam estabelecer uma relação empática com o doente para facilitar a cura (CUNHA, 1999, p. 312).

O texto acima faz alusão às origens da expressão “aprendizes de feiticeiros”, pela qual, metaforicamente, muitas vezes, são chamados os estudantes de medicina. Tal pressuposto embute uma mensagem que alçava esses aprendizes a ocupar uma posição social acima das demais pessoas, um lugar de quase “semi-

deuses”, responsáveis pela manutenção da vida humana, visão que se perpetuou ao longo do tempo.

Porém, na atualidade, este *status quo* dominante vem se desconstruindo em prol de uma realidade que coloca os médicos em uma posição de maior igualdade em relação às demais profissões (apesar do contracheque de maior valor). É como se eles agora “descessem à terra para junto dos mortais”. Essa mudança de paradigma instigou-nos a desvelar o perfil dos estudantes de Medicina envolvidos nessa pesquisa. Quem são? O que os move? O que pensam sobre o curso que fazem e dos cenários de suas práticas formativas e profissionais?

### 5.1.1 Gênero e faixa etária dos discentes participantes

Para iniciar a busca por essas respostas foi feito um estudo analítico do perfil de gênero e faixa etária que, segundo os dados constantes na Tabela 6, revelou um grupo de estudantes relativamente homogêneo em relação à questão de gênero, com discreta predominância dos respondentes femininos: 52,83%. Esse equilíbrio se manteve em relação à idade, pois dos 53 discentes participantes da pesquisa, a maioria (40) é bastante jovem, enquadrando na faixa etária dos 20 aos 24 anos (75,46%).

TABELA 6 – Gênero e faixa etária dos discentes participantes em 2014.

Faixa etária (anos)	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		Nº	%	Nº	%
20 – 24	20	37,73	20	37,73	40	75,46
25 – 29	01	1,89	04	7,55	05	9,44
30 – 34	04	7,55	01	1,89	05	9,44
35 – 39	-	-	03	5,66	03	5,66
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>47,17</b>	<b>28</b>	<b>52,83</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

Estudos conjuntos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) sobre a demografia médica de 2015 confirmam essa tendência de juvenescimento e

feminilização dos cursos médicos no Brasil, indicando que apesar de ainda serem numericamente em menor número, representando 42,5% do total de médicos inscritos em algum Conselho de Classe, a presença feminina aumenta nos estratos etários mais jovens, com predomínio de mulheres (56,2%) entre os médicos com idades abaixo de 30 anos, e “como os cursos de graduação em medicina se estendem por seis anos, constata-se que as mulheres já eram maioria na entrada da graduação médica desde 2004” (SCHEFFER et al. 2015, p. 44)

### 5.1.2 Procedência dos discentes envolvidos na pesquisa

A Tabela 7 revela que Presidente Prudente é o município de origem de 11 alunos (20,75%) e a região da Alta Sorocabana contribui com outros 07 estudantes (13,21%) que, somados aos 14 (26,41%) de outras regiões do Estado, indicam que a maioria dos discentes participantes (60,37%) são oriundos do próprio Estado de São Paulo. Há ainda, 21 estudantes (39,63%) originários dos demais Estados brasileiros.

TABELA 7 – Procedência dos discentes envolvidos na pesquisa em 2014.

Local de origem	Nº	%
Município de Presidente Prudente – SP	11	20,75
Outros municípios da Região de Presidente Prudente – SP	07	13,21
Municípios de outras regiões do Estado de São Paulo	14	26,41
Municípios do Estado de do Paraná	08	15,09
Municípios do Estado do Mato Grosso do Sul	05	9,43
Municípios do Estado de Minas Gerais	04	7,55
Municípios do Estado de Santa Catarina	01	1,89
Municípios do Estado de Goiás	01	1,89
Municípios do Estado de Pernambuco	01	1,89
Municípios do Estado do Maranhão	01	1,89
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

Tais números estão em consonância com o compromisso do Ministério da Educação (MEC) de territorialização das escolas médicas (abrangência regional),

visando uma melhor distribuição (fixação) desses profissionais pelo território brasileiro, principalmente em áreas mais remotas, pois segundo Scheffer et al. (2015), 60% dos médicos em exercício estão concentrados nas 39 cidades com população maior de 500 mil habitantes, enquanto que nos 4.932 municípios com até 50 mil pessoas, esse percentual é de apenas 7,4% do total de médicos.

Por outro lado, no Capítulo 2, quando nos referimos à extensão da sua influência em termos de território, afirmamos que a UNOESTE, apesar de ser o maior centro formador da população da região, tem uma abrangência que supera os domínios regionais, premissa sustentada pelos dados coletados que revelam uma procedência bastante diversificada de alunos.

Essa diversidade geográfica pode ser indicativa de uma heterogeneidade de “realidade de vida” e se constitui numa característica que deve ser considerada no que diz respeito aos ingressantes de medicina, formados em sua maioria por um público jovem, que em fase de formação de caráter, encontra-se distante do núcleo familiar precisando se adaptar sozinho à “nova existência”.

Em alguns casos, à adaptação à Universidade soma-se a experiência de sair de casa pela primeira vez e suas conseqüências: não há garantia de afeto e de cuidados que assegurem a sobrevivência no cotidiano, acentuando ainda mais sua insegurança adolescente. Tudo está por sua conta: organizar o dia-a-dia, descobrir um jeito novo de estudar e estabelecer novos vínculos afetivos. Nessa nova vida enfrentará o contato com pessoas diferentes, a ameaça do trote, as festas, a bebida, as drogas disponíveis e algumas vezes impostas, e as primeiras decepções (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.110).

Tais enfrentamentos, inerentes à entrada na vida adulta, podem ser potencializados por outro conflito, típico da ciência médica, que agora irão vivenciar: a celeuma de uma profissão idealizada e deificada pela sociedade e a realidade das práticas, altamente ansiogênicas, seja por fatores extrínsecos (precárias condições de trabalho) ou intrínsecos (contato contínuo e intenso com a “dor das pessoas”).

Ramos-Cerqueira e Lima (2002), em seus estudos sobre a formação médica, abordam o quanto essa dualidade cria expectativas quase que inalcançáveis em relação ao desempenho profissional do futuro médico, pois além de estudiosos e competentes tecnicamente, espera-se deles humanidade no trato com os doentes, resistência física e psíquica para suportar jornadas extenuantes de trabalho e disponibilidade (sempre que solicitados). Assim, desde cedo eles



aprendem que terão que dominar seus conflitos internos e emoções para dar conta de um curso e uma profissão tão exigentes.

Não há espaço para dividir ou expressar suas emoções, tendo até que escondê-las, por receio de ser “acusado” de ser muito frágil, sensível, “mole” e, portanto, “não servir para ser médico”. Também não há espaço para dúvidas, particularmente quanto a sua escolha profissional. A desistência é sempre vista e vivida como um fracasso (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.110 - 111).

Todo esse contexto corrobora a favor das iniciativas implementadas pela FAMEPP de criação do programa de tutoria, na modalidade *mentoring*, e do Núcleo de Orientação e Apoio Psicopedagógico ao Aluno de Medicina (NOAPAM), instituídos para apoiar e acompanhar o estudante, desde o seu ingresso até a conclusão da sua graduação, ainda que com especificidades diferentes.

O embate que se dá entre a idealização do papel médico e a realidade da formação profissional não é tranqüilo, sendo vivido com diferentes graus de sofrimento emocional. Para atender a esta demanda, diversas Faculdades de Medicina têm desenvolvido programas específicos de apoio psicopedagógico, psicossocial, psicológico e psiquiátrico para seus estudantes [...]. Situações de conflito ou potencialmente geradoras de estresse, na verdade, antecederiam o início da formação médica, dando sinais de sua presença já no momento da escolha profissional (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p. 108).

### **5.1.3 Comparação do perfil de classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado**

O estudante de medicina faz parte de uma elite que cursa uma das profissões mais desejadas e idealizadas pela população, tanto pela possibilidade do êxito econômico, glamour e prestígio social que a rodeia, quanto pela visão mítica de uma profissão que requer elevados princípios humanitários para cuidar da saúde das pessoas (QUINTANA et al., 2008).

Essa realidade faz com que o vestibular de medicina seja um dos mais disputados em todo o país e assim os estudantes oriundos de uma classe social mais alta, com uma formação escolar diferenciada e que podem dedicar-se a um curso integral, sem precisar trabalhar, acabam por lograr maior êxito na obtenção das vagas de ingresso.

Os dados da Tabela 8, embora confirmem que a maioria dos estudantes respondentes (54,72%) são pertencentes às classes sociais mais elevadas (A e B), também sinalizam a favor de uma redução dessa tendência de elitização do curso de medicina, mostrando que já há um considerável contingente desse universo estudantil (45,28%) oriundos das demais classes sociais.

TABELA 8 – Comparação do perfil de classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado em 2014.

Classe Social/ Salários Mínimos (SM)*		Plano de Saúde		Sim		Não		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
A	Acima de 20 SM	05	9,43	01	1,89	06	11,32		
B	+ 10 a 20 SM	19	35,84	04	7,55	23	43,39		
C	+ 04 a 10 SM	07	13,21	06	11,32	13	24,53		
D	+ 02 a 04 SM	01	1,89	08	15,10	09	16,99		
E	Até 02 SM	-	-	02	3,77	02	3,77		
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>60,37</b>	<b>21</b>	<b>39,63</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>		

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

\* SM em Janeiro de 2014 fixado pelo governo de R\$ 724,00.

Essa democratização do curso médico pode ter suas raízes nas iniciativas governamentais do Ministério da Educação, como o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), criado em 1999, que financia a graduação de estudantes em instituições particulares e o Programa Universidade para Todos (PROUNI), instituído em 2005, que oferece para estudantes de baixa renda que cursaram o ensino médio em escola pública ou em escola particular como bolsista, podendo ser bolsas de estudo integrais (renda familiar de até 1,5 salário mínimo/pessoa) ou parciais (renda familiar de até 3 salários mínimos/pessoa), quando o estudante precisa arcar com 50% das mensalidades do curso (MOURA, 2014).

É possível ainda verificarmos, quando comparamos a renda familiar desses estudantes com a existência de um Plano de Saúde Privado, que, embora 32 (60,37%) deles possuam Plano de Saúde, esse número não representa a totalidade dos estudantes de maior poder aquisitivo, pois 05 (9,43%) desses alunos não têm Plano de Saúde.

### 5.1.4 Uso do SUS de acordo com a classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado

Se a maioria dos estudantes (54,72%) pertence às camadas mais abastadas, classe alta (A) e classe média-alta (B) da população e 60,37% afirmam possuir um Plano de Saúde, triangularmos essas informações com o uso do SUS, cenário principal dos estágios do curso de medicina, pode nos dar indicativos do quanto os estudantes estão familiarizados com a realidade que vivenciarão em suas práticas formativas e profissionais, uma vez que inquéritos demográficos revelam que 73,1% dos médicos brasileiros mantêm vínculo com o SUS, principal referência em saúde para 75% dos brasileiros (SCHEFFER et al., 2015).

Os dados da Tabela 9 apontam uma realidade pouco promissora, pois somente 26,42% dos estudantes utilizam o SUS de forma rotineira nas suas demandas de saúde, inclusive alguns possuidores de Plano de Saúde, o que pode ser explicado pelas exigências de muitos Planos (pagamento por utilização) ou até mesmo pela facilidade de estagiarem nesses ambientes.

TABELA 9 – Uso do SUS de acordo com a classe social, renda familiar e existência de plano de saúde contratado em 2014.

Uso do SUS Classe Social/ SM* / Plano de Saúde		Sim, sempre que necessita		Sim, raramente (emergência)		Não		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	Acima de 20 SM e sem Plano de Saúde	-	-	-	-	01	1,89	06	11,32
	Acima de 20 SM e com Plano de Saúde	-	-	03	5,66	02	3,77		
B	+ 10 a 20 SM e sem Plano de Saúde	01	1,89	03	5,66	-	-	23	43,39
	+ 10 a 20 SM e com Plano de Saúde	02	3,77	14	26,41	03	5,66		
C	+ 04 a 10 SM e sem Plano de Saúde	03	5,66	01	1,89	03	5,66	13	24,53
	+ 04 a 10 SM e com Plano de Saúde	-	-	04	7,55	02	3,77		
D	+ 02 a 04 SM e sem Plano de Saúde	07	13,21	01	1,89	-	-	09	16,99
	+ 02 a 04 SM e com Plano de Saúde	-	-	01	1,89	-	-		
E	Até 02 SM e sem Plano de Saúde	01	1,89	01	1,89	-	-	02	3,77
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>26,42</b>	<b>28</b>	<b>52,83</b>	<b>11</b>	<b>20,75</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

\* SM: Salário mínimo em Janeiro de 2014 fixado pelo governo de R\$ 724,00.

Se considerarmos que as ações de saúde são práticas sociais que demandam um relacionamento entre as pessoas, tal situação pode significar um desconhecimento das demandas reais dos usuários do SUS, clientela principal da assistência médica tanto no processo formativo quanto na vida profissional dos médicos.

Nesse cenário em que o sofrimento do outro e a realidade das vidas das pessoas se tornam imaginárias, materializa-se um dos grandes desafios da escola médica do século XXI: como conscientizar os estudantes de que em seu papel de profissional a manutenção da racionalidade e da compaixão no trato com o outro serão atributos essenciais, principalmente diante das situações de maior estresse emocional? Como ensinar aos “aprendizes de feiticeiros” a não fazer juízo de valor (determinar mérito) frente a uma situação em que não sabemos como agiríamos se estivéssemos diante desse ou daquele sofrimento?

Em tal conjuntura, qualquer ação que aproxime a formação médica da realidade do SUS será bem-vinda, pois a sua consolidação exige um profissional capaz de desenvolver práticas integrais, humanizadas e resolutivas de saúde, o que coloca o ensino médico na centralidade das discussões sobre a qualidade da assistência prestada.

Oliveira e Alves (2011, p. 27) destacam essa necessidade do ensino médico qualificar os futuros profissionais para a assistência integral à saúde das pessoas, o que exige identificação com o contexto e processo de construção do SUS para que o médico recém-formado, ao começar a trabalhar, saiba lidar com esse “momento de grande expectativa, repleto de angústias e condicionado por diferentes conflitos, decorrentes das exigências atuais dos serviços médicos, da cobrança da sociedade em suas necessidades de saúde e da concepção do sistema”.

### **5.1.5 Experiências universitárias**

A Tabela 10 aponta que, embora a maioria desses jovens (66,04%) não teve experiência universitária anterior, 33,96% deles resolveram mudar a opção de curso, feita muitas vezes, ainda na adolescência, quando a escolha vocacional é

muito susceptível às pressões familiares, do grupo social, da mídia e aos próprios conflitos internos típicos dessa fase da vida.

A opção pela carreira médica traz consigo mudanças fundamentais na vida do jovem: em plena adolescência, enfrenta a intensa competição do vestibular, aprendendo precocemente a renunciar a desejos, prazeres, horas de lazer e à companhia de amigos e familiares [...] (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.108).

TABELA 10 – Experiências universitárias em 2014.

<b>Experiência universitária</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Nível superior completo em outra área da saúde	05	9,43
Nível superior incompleto em outra área da saúde	05	9,43
Nível superior completo na área social	03	5,66
Nível superior incompleto na área social	03	5,66
Nível superior completo na área de exatas	01	1,89
Nível superior incompleto na área de exatas	02	3,78
Nenhuma experiência universitária anterior	34	66,04
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

Chama a atenção também a variedade de áreas em que se enquadravam essas escolhas (ou falta delas, pois os altos valores das mensalidades dos cursos médicos privados e a acirrada disputa pelas vagas nas faculdades públicas tornavam impeditivo o acesso à medicina para algumas parcelas de estudantes antes da elaboração de políticas públicas de incentivo, fazendo com que muitos deles optassem por outras profissões) prévias.

### 5.1.6 Experiências profissionais

As experiências profissionais anteriores aparecem descritas na Tabela 11 e corroboram a ideia de que os estudantes de medicina são um grupo que, em sua maioria, têm condições financeiras de se dedicar integralmente ao curso, pois 71,30% nunca trabalharam, sendo que dos 15 alunos (28,30%) que referiram experiência profissional anterior, apenas 06 exerceram suas atividades laborais nas profissões de nível superior referente à formação universitária anterior.

Essa realidade está intimamente ligada à carga horária pesada do curso médico, limitando a prática concomitante de trabalho e estudo, o que determina um menor acesso aos estudantes de menor renda, uma vez que, mesmo com a implantação de políticas inclusivas como o FIES e PROUNI, encontram dificuldades para financiarem as suas despesas pessoais.

TABELA 11 – Experiências profissionais em 2014.

<b>Experiência profissional</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Advogado	01	1,89
Bioquímico	01	1,89
Enfermeiro	01	1,89
Fisioterapeuta	01	1,89
Publicitário	01	1,89
Analista biológico industrial	01	1,89
Auxiliar administrativo/escritório	03	5,66
Auxiliar de marcenaria	01	1,89
Comércio/vendas/eventos	03	5,66
Lavador de carros/construção civil/ metalurgia	01	1,89
Técnico de enfermagem	01	1,89
Nenhuma experiência profissional anterior	38	71,70
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

### 5.1.7 Motivação vocacional dos discentes participantes

Outro ponto que mereceu destaque na presente pesquisa foi o ingresso no curso médico, pois, para Oliveira e Alves (2011, p. 33), “jovens de todas as classes sociais, e por diversas razões, continuam buscando fortemente a Medicina, que continua sendo o único curso onde a demanda é superior à oferta, quer nas instituições privadas quer nas públicas (especialmente nestas)”.

Questionados sobre a justificativa para a escolha da medicina como profissão, os respondentes referiram as mais diversas razões, sendo que muitos deles citaram mais de uma causa para a escolha do curso, sendo a maioria delas

ligadas às opções conscientes, tais quais os achados de Ramos-Cerqueira e Lima (2002),

As motivações que levariam jovens adolescentes a uma opção profissional tão relacionada à dor, sofrimento e morte, pertencem a dois níveis: conscientes e inconscientes. Do ponto de vista das motivações conscientes [...], as mais apontadas são: o desejo de compreender, de ver, o desejo de contato, o prestígio social, o prestígio do saber, o alívio prestado aos que sofrem, a atração pelo dinheiro, a necessidade de ser útil, a atração pela responsabilidade ou pela reparação, o desejo de uma profissão liberal e a necessidade de segurança (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.109).

A Tabela 12 traz as motivações referidas de acordo com a frequência da citação como fonte vocacional, com destaque às causas associadas ao universo mítico como o altruísmo (razões humanitárias) que foi citado 37 vezes e o ideal de vida / de realização pessoal (sonho desde criança/dom) referido 24 vezes.

Dentre os demais fatores citados estão: identificação com alguém próximo (14), curiosidade intelectual (12), afinidade com a área da saúde/área biológica (10), interesse pela relação humana (04) e perfil da profissão (autonomia, diversidades de área e oportunidades de trabalho) (04).

TABELA 12 – Motivação vocacional dos discentes participantes em 2014.

Motivação vocacional	Nº
Altruísmo (razões humanitárias em relação ao próximo)	37
Ideal de vida (sonho desde criança; aptidão; dom)	27
Identificação com modelos médicos (familiares/amigos/profissionais)	14
Curiosidade intelectual (entender como funciona o organismo humano)	12
Status profissional (êxito econômico/prestígio social)	11
Afinidade com a área da saúde/área biológica	10
Perfil da profissão (autonomia; campos variados e oportunidades de trabalho)	05
Interesse pelas relações humanas (contato com pessoas)	04
Influência familiar (inspirar "orgulho na família")	03
Ter vivenciado situações de doença com familiares próximos	02
Frustração com a profissão anterior	02
Influência da mídia (seriados americanos como <i>House</i> e <i>Grey's Anatomy</i> )	01
Em branco	01

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

O status profissional relacionado ao êxito econômico/prestígio social associado a uma profissão que desde a universidade medieval concede de forma automática aos seus concluintes o título de “doutor”, não obstante sejam condições que permeiam o imaginário coletivo como sendo razões de escolha profissional, de forma surpreendente só recebeu 11 citações como fator motivacional. Aliás, diante do atual cenário que cerca o ofício médico, esse tipo de motivação pode vir a ser fonte de decepções e frustrações significativas tanto para o estudante quanto para o profissional médico, influenciando inclusive na sua saúde física e emocional.

Nos últimos anos, a profissão idealizada, reconhecida como aquela que traz grande prestígio entre as profissões e uma expectativa (fantasiosa) de sucesso econômico, vem se contrapondo à realidade de um mercado de trabalho precário e distorcido e às políticas de saúde que não têm se preocupado com as condições mínimas para o exercício adequado da Medicina (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, , p.109-110).

Como curiosidade, vale registrar algumas manifestações bem peculiares: 04 estudantes referiram que a opção foi feita sob influência familiar, ou seja, não foi uma escolha pessoal e outro citou a mídia (seriados médicos americanos como *House* e *Grey's Anatomy*) como fator para a preferência pelo curso médico.

Diante do exposto, parece-nos importante destacar que o fato dos discentes terem citado as causas humanitárias como o fator preponderante para a escolha vocacional, revela uma importante característica que deve ser cultivada ao longo da graduação por meio de um ensino pautado na boa relação entre humanos e no reconhecimento das necessidades de saúde da população.

Representando espaços privilegiados de produção de conhecimento e discussão, as escolas ainda refletem e reproduzem a lógica fragmentada própria do cientificismo, deixando de potencializar o que há de mais rico no campo da educação: as relações possíveis de serem desenvolvidas entre professor e estudante que, mais tarde, revertem-se nas relações estabelecidas entre os profissionais e seus pacientes, ou entre quem cuida e quem é cuidado (CIUFFO; RIBEIRO, 2008, p.126).

## **5.2 O Perfil do Curso de Medicina na Visão Discente**

Esta seção buscou desvelar as manifestações discentes sobre a Escola Médica em que atuam - a FAMEPP - em relação à infraestrutura, recursos humanos e características do processo de ensino e aprendizagem.



### 5.2.1 Visão discente sobre a infraestrutura, a coordenação, o corpo docente e o suporte teórico do curso de medicina

De acordo com os dados coletados na Tabela 13 é possível visualizar que o discente tem uma boa imagem do curso de medicina da UNOESTE, pois o escore de opiniões que o consideraram “excelente” ou “bom” foi de 100% em relação à infraestrutura; 71,70% para a coordenação do curso, 73,58% em relação ao corpo docente e de 77,46% no que se refere ao suporte teórico oferecido. Essa satisfação em relação ao curso como um todo pode favorecer o desenvolvimento de um “clima de pertencimento” no estudante, servindo para identificar o aluno com o espaço em que se dá seu processo formativo, o que contribui para criar um clima acolhedor, um “ambiente pedagógico” favorecedor do processo de ensino e de aprendizagem.

TABELA 13 – Visão discente sobre a infraestrutura, a coordenação, o corpo docente e o suporte teórico do curso de medicina em 2014.

Dimensão	Excelente		Boa		Regular		Ruim	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infraestrutura	44	83,02	09	16,98	-	-	-	-
Coordenação	04	7,55	34	64,15	12	22,64	03	5,66
Corpo docente	01	1,89	38	71,69	13	24,53	01	1,89
Suporte teórico	04	7,55	37	69,81	11	20,75	01	1,89

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

### 5.2.2 Impressões discentes sobre o processo formativo do curso médico

Contrariando as diretrizes da Resolução nº 3 de 2014 (BRASIL, 2014), que propõe um ensino médico integrado, a formação médica no Brasil ainda tem uma forte influência do modelo flexneriano, hegemônico no país desde o final da década de 60.

As escolas médicas encontram-se, em sua maioria, reproduzindo uma formação dicotomizada, expressa na organização curricular disciplinar, fragmentada e focada em especialidades, tendo como campo predominante de prática o hospital universitário, enfatizando práticas em saúde procedimento-centradas e desconsiderando as usuário-centradas (CIUFFO; RIBEIRO, 2008, p.126).

Nesse modelo tradicional de ensino médico ocorre a fragmentação do conhecimento em disciplinas, cujos conteúdos são transmitidos por meio de aulas expositivas, com pouca interação entre a teoria e a prática (LAMPERT, 2002). Em geral, essa integração entre teoria e prática ocorre em momentos muito pontuais, nos primeiros anos da formação, sendo mais frequente nos termos mais avançados do curso.

Nos escritos dos alunos essa realidade transparece, conforme pode ser observado na Tabela 14, pois 31 (58,49%) dos 53 discentes assinalaram que no ensino médico que estão vivenciando a teoria acontece desconectada da prática, havendo momentos pontuais de integração entre elas.

No questionário da pesquisa havia uma alternativa que permitia a escolha da opção “outras respostas” e a justificativa dos estudantes que a utilizaram (02) foi de que até o 6º termo do curso havia muita teoria e pouca prática (01) e contradizendo essa opinião 01 discente colocou que até o 4º termo, a teoria era quase sempre correlacionada com a prática.

TABELA 14 – Impressões discentes sobre o processo formativo do curso médico em 2014.

<b>Impressões discentes sobre o processo formativo do curso médico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Boa conexão em teoria e prática (a teoria alicerça as ações práticas)	18	33,97
Teoria desconectada da prática, com momentos pontuais de integração entre elas	31	58,49
Ensino fragmentado, com desconexão entre a teoria e prática na maior parte das Unidades de Aprendizagem	02	3,77
Outras respostas	02	3,77
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

Na atualidade, os discursos apontam para uma educação para a totalidade que requer a contextualização teórico-prático, necessária para a real decifração das vivências educativas, pois, segundo Morin (2003).

Efetivamente, a inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo do mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de compreensão e de reflexão, eliminando assim as oportunidades de um julgamento corretivo ou de uma visão a longo prazo (MORIN, 2003, p.14).

Essa visão favorece o amadurecimento do aluno e parece permear também os pensamentos do universo de boa parte dos estudantes, conforme aponta os achados de Pimentel (1994) em pesquisa sobre o que os alunos valorizam na educação, realizada na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),

[...] o que os alunos valorizam mesmo, mais do que o ensino em sala de aula, são as aprendizagens que realizam na vida universitária como um todo (Relatório, p.67). Atribuem a ela seu crescimento e amadurecimento humanos, seu desenvolvimento social e cultural, sua independência intelectual e a aquisição de qualidades consideradas fundamentais para a vida profissional: assumir responsabilidades, tomar iniciativas, ajuizar criticamente, comprometer-se socialmente (PIMENTEL, 1994, p.71-72).

### 5.2.3 Visão discente sobre o preparo para uma prática humanizada de saúde

Questionados se a formação oferecida pelo curso de medicina os têm preparado para uma prática humanizada dentro da abordagem integral (biopsicossocial) em saúde, 37 discentes referiram que na maioria das disciplinas isso acontece, o que representa 69,82% dos achados, conforme a Tabela 15.

TABELA 15 – Visão discente sobre o preparo para uma prática humanizada de saúde em 2014.

<b>Visão discente sobre a formação para uma prática humanizada</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Acontece na maioria das disciplinas do Curso	37	69,82
Acontece em todas as disciplinas do Curso	05	9,43
Acontece em algumas disciplinas, mas não na maioria	05	9,43
O ensino é fragmentado e não se preocupa com a humanização	03	5,66
A abordagem psicossocial é pouco explorada, algumas disciplinas nos afastam deste contexto	02	3,77
Em algumas, mas não quando a disciplina é de responsabilidade exclusiva dos médicos	01	1,89
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

Tal achado é um ponto a favor do ensino médico praticado e atende aos preceitos da Resolução nº 3 de 2014 (BRASIL, 2014) que, em seu artigo 3º, preconiza uma formação humanista, permitindo a atuação nos diferentes níveis de

atenção à saúde, tais como: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com compromisso com a dignidade humana.

Como havia a possibilidade de respostas abertas, fica registrado a manifestação de 03 alunos que diferiram das demais, colocando que a abordagem humanizada não é muito explorada. Dois estudantes afirmaram que algumas disciplinas até a desestimulam, enquanto que na visão de um estudante os docentes não médicos adotam mais a postura humanizada e integradora.

Essa questão do estímulo às práticas humanizadas, de uma educação que incentive no estudante o “olhar delicado” para com o sofrimento das pessoas e resgate a “gentileza” no trato com os outros, harmoniza-se com o pensamento de Arroyo (2013) de que nós não nascemos humanos e sim de que nós nos fazemos humanos, após passarmos por longos processos de aprendizagem que exigem a relação e o convívio com outros seres humanos, sendo inadmissível a falta de compaixão nas relações de saúde. Para ele,

Os profissionais da saúde em nosso contexto social, no sistema público de saúde, não tem o direito de ser ingênuos, sabem que trabalham com doentes, com seres humanos quebrados, mutilados nas possibilidades de um desenvolvimento sadio desde a gestação. [...] Esse olhar e essa consciência são condições prévias a seu ofício. [...] O realismo é o ponto de partida (ARROYO, 2013, p. 53).

#### **5.2.4 Impressões discentes sobre o perfil do curso de medicina**

Atinente com esse contexto, a Tabela 16 expressa a opinião favorável que os estudantes participantes têm sobre o perfil do curso de medicina, cenário da pesquisa, uma vez que a maioria deles (67,93%) avaliou satisfatoriamente o perfil de formação do curso, destacando o seu viés mais generalista, ético, humanístico e crítico, voltado para as demandas do Sistema Público de Saúde.

O discente que se manifestou com outro padrão de resposta expressiu sua visão de que o curso forma profissionais para trabalhar no SUS, não havendo nicho para quem quer trabalhar como especialista ou como generalista na rede privada, além de faltar incentivo e enfoque para a medicina científica e pesquisa. Essa visão revela um enfoque coerente com o modelo flexneriano de ensino médico que imperou no Brasil desde a década de 60.

TABELA 16 – Impressões discentes sobre o perfil do curso de medicina em 2014.

<b>Impressões discentes sobre o perfil do curso</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Viés de formação técnico/científico, na lógica generalista, ética, humanística e crítica, com responsabilidade social, compromisso com a cidadania e sensível às demandas do SUS.	36	67,93
Viés de formação técnico/científico, na lógica da especialidade e do mercado privado de saúde, porém com alguma preocupação com a formação ética e humanizada do estudante.	14	26,41
Viés de formação técnico/científico, na lógica da especialidade e do mercado privado de saúde.	02	3,77
Outra resposta.	01	1,89
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I

A formação de um estudante, com visão crítica e autônoma, que respeite a dignidade das pessoas, é um importante passo para a humanização da medicina, o que requer, segundo Veiga (2015), uma metodologia de ensino-aprendizagem mais colaborativa, participativa e problematizadora, capaz de promover aprendizagens compartilhadas. Comungando com essas ideias Arroyo (2013) destaca que:

A recuperação do sentido de nosso ofício de mestre não passará por desprezar a função de ensinar, mas reinterpretá-la na tradição mais secular, no ofício de ensinar a ser humanos [...] porém não aprendemos a ser humanos sem a relação e o convívio com outros humanos que tenham aprendido essa difícil tarefa (ARROYO, 2013, p.54).

### **5.2.5 Visão discente sobre o processo de ensino e aprendizagem**

Os dados condensados na Tabela 17 revelam os métodos de ensino mais frequentes no processo formativo do curso de medicina na opinião dos discentes participantes da pesquisa.

Na sequência definida pelos estudantes, os extremos – o 1º lugar (aula expositiva com auxílio de recursos de multimídia e foco na transmissão do conhecimento) e o 12º lugar (construção de *logbook*) - alçaram esse posicionamento de forma unânime, com 83,02% e 83,02%, respectivamente. Os demais métodos obtiveram percentuais mais modestos, podendo significar divergências na ordem de escolha.

TABELA 17 – Visão discente sobre as metodologias de ensino e de aprendizagem em 2014.

Visão discente sobre as metodologias de ensino e de aprendizagem	Sequência	% *
Aula expositiva com auxílio de recursos de multimídia, com foco na transmissão do conhecimento	1º	83,02
Aulas práticas de laboratório	2º	37,73
Construção de portfólio	3º	20,76
Trabalhos grupais sobre textos, estudo de casos ou situações-problemas extraídos da realidade e/ou leituras fílmicas	4º	18,87
Aulas práticas de clínica/estágios supervisionados	5º	13,21
Apresentação de seminário	6º	16,98
Discussão/debates em classe sobre textos, estudo de casos ou situações-problemas extraídos da realidade e/ou leituras fílmicas	7º	20,76
Estudos individuais de textos, casos e/ou leituras fílmicas	8º	16,98
Aula expositiva contextualizada com auxílio de recursos de multimídia	9º	13,21
Aula expositiva contextualizada com auxílio de giz e quadro negro	10º	24,53
Aula expositiva com auxílio de giz e quadro-negro, com foco na transmissão do conhecimento	11º	58,49
Construção de <i>Logbook</i>	12º	83,02

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

\* Esse valor é referente ao percentual com que atingiu essa posição.

Esses achados mostram que, embora existam exemplos de metodologias ativas sendo utilizadas na FAMEPP, há ainda um predomínio da educação bancária no processo formativo, sendo esse um modelo de ensino em que, segundo Freire (2006), ocorre a transferência mecânica pelo professor de conteúdos descontextualizados a alunos dóceis e passivos, que não conseguem dar-lhes significado na realidade em que vivem e nem entender a sua função transformadora, o que facilita o seu esquecimento.

Para Masetto (2003), esse tipo de formação profissional universitária enfatiza o processo de ensino tecnicista, com pouca abertura para outras áreas do conhecimento e para o pensamento crítico.

Na saúde, esse modelo apassivador de ensino faz com que o docente exerça um papel de transmissor de informações; o aluno, de receptáculo de conteúdos; o profissional médico, de operário e o doente, de corpo com defeito (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2007).

O fato de o *logbook* ocupar a última posição mostra o quanto o procedimento ainda é desconhecido nos meios acadêmicos e justifica a curiosidade do pesquisador sobre a sua relevância e significação como proposta de ensino e de aprendizagem.

### 5.2.6 Práticas avaliativas no curso médico

Na sequência dessas discussões, aparecem descritas na Tabela 18 as impressões discentes sobre as práticas avaliativas empregadas no curso de medicina.

Coerente com os achados da Tabela 17, o resultado expresso na Tabela 18 traz a prova escrita de múltipla escolha como a principal prática avaliativa na opinião de 94,34% dos discentes envolvidos no processo investigativo. Tal fato se coaduna com as reflexões de Masetto (2003) para quem a principal forma de avaliação do ensino conteudista acontece por meio de provas (avaliação somativa).

TABELA 18 – Práticas Avaliativas utilizadas no curso médico em 2014.

Práticas Avaliativas	Score	% *
Prova escrita de múltipla escolha	1º	94,34
Prova escrita com predominância de questões discursivas	2º	79,24
Avaliação de trabalhos escritos grupais/individuais	3º	28,30
Avaliação de produções registradas em portfólio	4º	58,49
Apresentação de Seminários temáticos	5º	28,30
Prova prática com situações simuladas	6º	37,74
Prova oral	7º	33,96
Avaliação da construção e produção de atividades registradas em <i>Logbook</i>	8º	71,70

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte I.

\* Esse valor é referente ao percentual com que atingiu essa posição.

Esse cenário diverge dos pressupostos atuais de formação médica que, segundo Veiga (2015), requerem novas práticas avaliativas, com proposição formativa, que sustente avaliações dialógicas e diversificadas (autoavaliação,

avaliação interpares, avaliação feita pelo professor), centradas mais na relevância do processo do que na análise do produto.

Nessa concepção, a avaliação constitui-se num momento intermediário do processo de ensino e de aprendizagem, “em que se avalia a evolução do aluno, a consecução dos objetivos delineados e a autoavaliação do trabalho discente” e não mais como um fim do processo, com caráter valorativo de prêmio ou punição (VEIGA, 2015, p. 259).

Ressalte-se aqui, que esses resultados sobre os métodos de ensino e de aprendizagem da FAMEPP, embora significativos à época da realização da pesquisa, podem não mais refletir numericamente a realidade atual, frente às inovações ocorridas no Processo Pedagógico do Curso a partir do segundo semestre de 2014, com a introdução mais sistematizadas de metodologias ativas de aprendizagem, com foco no real e avaliações formativas.

### **5.3 As Impressões Discentes Sobre o Uso do *Logbook***

A primeira lição é que não há palavra que possa ensinar o gosto do feijão ou o cheiro do coentro. É preciso provar, cheirar, só um pouquinho, e ficar ali, atento, para que o corpo escute a fala silenciosa do gosto e do cheiro.

(ALVES, 1988, p. 92)

Na presente seção foram desveladas as impressões preliminares sobre o uso do *logbook* na visão dos discentes participantes.

Essa apreciação foi orientada a partir das seguintes categorias analíticas: correlação entre teoria e prática; avaliação da estrutura/formato; avaliação da dinâmica de desenvolvimento; papel do docente mediador no procedimento; participação dos discentes na construção do *logbook*; identificação de potencialidades e das fragilidades.

As respostas foram ordenadas pela similaridade e também pela densidade/intensidade expressa nos discursos e como alguns discentes preferiram mais de uma explicação para a mesma questão, e a medida utilizada para aferir a manifestação foi a sua frequência.

Com o objetivo de compreender melhor esses achados e dar-lhes mais sentido, alguns depoimentos dos estudantes foram transcritos textualmente.



Pensando nas metáforas de Alves (1988), acreditamos ser esse o ponto alto dessa dissertação, porque por mais que o pesquisador docente – “cozinheiro-bruxo” - busque alternativas para despertar nos estudantes – “aprendizes de feiticeiros” - o prazer de aprender, é preciso provar, sentir o cheiro e o gosto do aprendizado para descobrir seu sabor, uma vez que, como expresso por Almeida (2008),

[...] todo conhecimento se dá a partir de um sujeito – por si, em si, para si. Ninguém conhece no lugar de ninguém. Ninguém se transforma senão a partir de si próprio, de suas próprias experiências e aprendizagens. Conhecimento não se transfere, mais propriamente se organiza a partir da experiência do sujeito, de sua curiosidade, de seu espanto interrogativo, de sua construção (ALMEIDA, 2008, p.51).

### **5.3.1 Correlação entre a teoria e as atividades práticas do *logbook***

No segundo encontro presencial, logo após o encerramento das atividades do *logbook*, foi aplicada a parte II do questionário, respondido na presença do docente mediador. De forma surpreendente, o pesquisador participante observou que os discentes emitiram suas opiniões, com raríssimas consultas ao *logbook*, mostrando segurança e espontaneidade nas suas respostas.

Iniciando a busca da essência do fenômeno, foram apurados os produtos do questionamento sobre a possibilidade de o instrumento permitir a desejada correlação entre a teoria e prática, premissa aferida tanto de forma objetiva na questão 17, quanto de forma discursiva na questão 18.

Na questão 17, 96,23% dos discentes participantes afirmaram que o *logbook* permitiu a correlação entre a teoria e a prática e somente 3,77% consideraram que somente às vezes isso acontecia.

Esses achados foram enriquecidos com as respostas originadas da pergunta 18 do questionário, na qual o docente deveria identificar a teoria a que se referia cada uma das atividades práticas do *logbook* e segundo essas análises, os discentes conseguiram reconhecer de forma inequívoca, em todas as 07 atividades propostas, a teoria relacionada a cada atividade, mostrando originalidade e diversidade nas respostas emitidas.

QUADRO 13 – Correlação entre a teoria e as atividades práticas do *logbook* em 2014.

<p><b>1ª ATIVIDADE:</b> Compor um breve relatório da sua trajetória. (Colocar em poucas linhas a idade, o local de origem, as experiências anteriores de formação e trabalho, a motivação que o fez tomar a decisão de cursar medicina, a área de atuação que pretende seguir e pelo menos 02 qualidades que possui que podem ajudá-lo no seu desenvolvimento profissional).</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Reflexão sobre a motivação para o exercício da medicina e valorização das potencialidades para o exercício da profissão.</p>	
<b>Opinião discente espontânea</b>	<b>Frequência</b>
Autoconhecimento; reflexão pessoal/ trajetória pessoal; identificação de habilidades/qualidades; história pressa do aluno; apresentação pessoal.	24
Motivação para a escolha do curso de medicina.	18
Clínica Ampliada em Saúde.	08
Reflexão sobre o curso.	04
Interação.	01
Cuidado em saúde.	01
Qualidades da profissão médica.	01
Em branco.	01
<p>Em relação à 1ª atividade, o padrão de 50 dos 52 questionários respondidos, permite-nos inferir que os discentes associaram com assertividade essa atividade com as suas trajetórias de vida, à reflexão pessoal sobre si mesmo e sobre o que fazem. Destoaram desse padrão os 02 discentes que associaram essa atividade ao cuidado em saúde e as qualidades da profissão médica que estão mais associadas à 2ª atividade.</p>	
<p><b>2ª ATIVIDADE:</b> Citar 05 características que deveriam permear um “cuidado em saúde”?</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Reflexão ampliada sobre o cuidado em saúde.</p>	
<b>Opinião discente espontânea</b>	<b>Frequência</b>
Cuidado em saúde; reflexão sobre o cuidado ampliado em saúde.	32
Clínica Ampliada em Saúde.	15
Reflexão sobre atributos de um bom médico/cuidador de saúde.	02
Humanização da Saúde Pública.	01
Escuta Qualificada.	01
Funcionamento/organização requisitos de uma ESF.	04
Reflexão sobre o Curso.	01
<p>Na análise das respostas discentes referentes à 2ª atividade, observou-se que em apenas 05 delas não foi expresso a correta correlação entre a teoria e a prática da atividade, pois a reflexão sobre o curso está mais relacionada à 1ª atividade e o funcionamento/organização/requisitos de uma ESF à 3ª atividade. Foi constatado em algumas das respostas originalidade ao mencionarem alguns conceitos implícitos (humanização e escuta qualificada) que surgiram durante as discussões, mostrando a apreensão do conhecimento.</p> <p style="text-align: right;">continua</p>	

QUADRO 13 – Correlação entre a teoria e as atividades práticas do *logbook* em 2014.

<p><b>3ª ATIVIDADE:</b> Buscar na ESF, junto com o grupo, as informações abaixo e analisar coletivamente se a ESF está atendendo as diretrizes constantes na Portaria 2488/11 - MS que regula o funcionamento da Atenção Primária em Saúde.</p> <p><b>OBJETIVOS:</b> Reflexão sobre a dinâmica de trabalho e organização da ESF e associação de conteúdos teóricos com as práticas vivenciadas na ESF.</p>	
Opinião discente espontânea	Frequência
Diretrizes da Portaria nº 2488/11 (aplicação prática e avaliação do seguimento).	20
Portaria nº 2488/11; Política Nacional da Atenção Básica.	15
Reflexão sobre a dinâmica de trabalho e organização da ESF.	14
Características de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) / Aplicação das Diretrizes do SUS para adequado funcionamento de uma UBS.	02
Políticas Públicas de Saúde.	02
Atenção Primária em Saúde / ESF; Informações sobre a ESF.	02
Importância do trabalho em equipe.	02
Diferentes tipos de tecnologia em saúde.	01
<p>Em relação à 3ª atividade, foi verificado que os discentes não tiveram dificuldade em fazer a associação dessa atividade com os conteúdos aos quais se referia. Vale registrar a singularidade de algumas respostas que expressaram uma mobilização de outro recurso mental elaborado (interpretação), fazendo uso de termos que não estavam explicitados no <i>logbook</i> (políticas públicas de saúde; importância do trabalho em equipe), mas que podem ser associados aos conteúdos de referência.</p> <p>Apenas as duas últimas respostas (clínica ampliada em saúde e diferentes tipos de tecnologia em saúde) não se referiam a essa atividade.</p>	
<p><b>4ª ATIVIDADE:</b> Realizar a leitura de uma situação-problema e desenvolver os questionamentos sobre os elementos norteadores do caso.</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Análise crítico-reflexiva sobre um caso clínico extraído da realidade de uma Equipe de ESF, dentro da sistemática da Clínica Ampliada em Saúde.</p>	
Opinião discente espontânea	Frequência
Clínica Ampliada em Saúde/reflexão sobre a Clínica Ampliada em Saúde.	35
Comparação entre Modelo Flexneriano e Modelo da Clínica Ampliada em Saúde.	08
Estudo de Caso/Caso Clínico (identificar erros e aprender a resolvê-los).	04
Análise de um caso real de uma ESF.	01
Uso de tecnologias e Clínica Ampliada em Saúde.	01
Escuta qualificada como um fator determinante para o tratamento eficaz.	01
Classificação de Risco Familiar.	01
Relação entre a família e equipe profissional de saúde.	01
Assistência integral de pacientes (acompanhamento).	01 continua

QUADRO 13 – Correlação entre teoria e atividades práticas do *logbook* em 2014.

Continuação

<b>4ª ATIVIDADE:</b> Realizar a leitura de uma situação-problema e desenvolver os questionamentos sobre os elementos norteadores do caso.	
<b>OBJETIVO:</b> Análise crítico-reflexiva sobre um caso clínico extraído da realidade de uma Equipe de ESF, dentro da sistemática da Clínica Ampliada em Saúde.	
<p>Na exploração das respostas referentes à 4ª atividade, a correlação entre teoria e prática é unânime, pois todos os conteúdos citados foram relacionados adequadamente à ação em questão.</p> <p>E com muita propriedade, há utilização de diferentes operações mentais nas respostas proferidas como interpretação, aplicação de conceitos às novas situações eajuizamento, pois apesar de não constar no enunciado, os discentes utilizam termos como modelo flexneriano e comparam-no com o modelo da clínica ampliada, associam a escuta qualificada com os resultados do tratamento e o uso de tecnologias de saúde à ampliação da clínica.</p>	
<b>5ª ATIVIDADE:</b> Escolher junto com a equipe da ESF, uma família para realizar uma visita domiciliar e selecionar junto com o grupo um elemento da família para esboçar um PTS.	
<b>OBJETIVO:</b> Vivenciar a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) dentro dos moldes da Clínica Ampliada em Saúde.	
<b>Opinião discente espontânea</b>	<b>Frequência</b>
Elaboração de um PTS.	43
Clínica Ampliada em Saúde e PTS/Clínica Ampliada em Saúde.	07
Construção de Ecomapa e Genograma <sup>8</sup> .	02
Diretrizes da Portaria nº 2488/11.	01
<p>No que concerne à 5ª atividade foi possível aferir uma correlação entre o conteúdo e a prática vivenciada muito acentuada, pois apenas a última resposta (Diretrizes da Portaria nº 2488/11) não se refere especificamente a essa atividade. A citação de termos como <i>genograma</i> e <i>ecomapa</i><sup>13</sup> por 02 discentes mostra apreensão do conhecimento, pois se trata de uma parte do conteúdo não explicitada no enunciado da atividade.</p>	
<b>6ª ATIVIDADE:</b> Realizar uma entrevista com a médica e / ou enfermeira da ESF e verificar como é a articulação entre a ESF e os demais serviços que compõem a rede regionalizada do SUS.	
<b>OBJETIVOS:</b> Análise crítico-reflexiva do funcionamento da rede de serviços do SUS e classificação do tipo de Rede vivenciado no estágio.	
<b>Opinião discente espontânea</b>	<b>Frequência</b>
Funcionamento/níveis da Rede de Saúde/SUS/Sistema de Saúde.	38
Funcionamento/níveis da Rede (Heterogênea) do SUS.	06
Rede de Atenção à Saúde; Rede do SUS.	03
Intercomunicação/interligação das Redes de Saúde.	02
Integralidade.	01
Funcionamento da Unidade de Saúde.	01
PTS.	01
Reflexão quanto à transição de um modo assistência.	01
Relações intersetoriais.	01 continua

<sup>8</sup> O genograma é uma representação gráfica de pelo menos, três gerações familiares, que permite visualizar a estrutura e dinâmica familiar, os eventos importantes do ciclo de vida (separação, nascimento e morte), enquanto que o ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis pelo membro da família em estudo. O genograma pode ser associado ao ecomapa, sendo ambos instrumentos muito utilizados na ESF (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

QUADRO 13 – Correlação entre teoria e atividades práticas do *logbook* em 2014.

Conclusão

<p><b>6ª ATIVIDADE:</b> Realizar uma entrevista com a médica e/ou enfermeira da ESF e verificar como é a articulação entre a ESF e os demais serviços que compõem a rede regionalizada do SUS.</p> <p><b>OBJETIVOS:</b> Análise crítico-reflexiva do funcionamento da rede de serviços do SUS e classificação do tipo de Rede vivenciado no estágio.</p>	
<p>O padrão de resposta no que se refere à 6ª atividade mostra uma associação entre teoria e atividade praticada satisfatória, pois com exceção das três últimas respostas (PTS; reflexão quanto a transição de um modo assistencial e relações intersetoriais), as demais guardam estreita relação com a atividade proposta, inclusive com emprego de termos não explícitos, mas referentes a ela, tais como: rede heterogênea (rede de serviços que abrange serviços de complexidades diferentes) e integralidade.</p>	
<p><b>7ª ATIVIDADE:</b> Traçar um paralelo entre a letra da música abaixo e os conteúdos estudados, retratando a sua trajetória dentro desse processo.</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Refletir sobre a necessidade dos serviços de saúde/ profissionais de saúde serem flexíveis, a fim de incorporar novos modos de operar em saúde que contribuam para a transformação das práticas em saúde.</p>	
Opinião discente espontânea	Frequência
Reflexão sobre a prática de saúde.	12
Reflexão sobre a necessidade dos serviços de serem sensíveis/flexíveis para melhorar as práticas de saúde/sobre a flexibilidade do SUS.	10
Reflexão quanto à transição de um modelo assistencial/mudança do Modelo Flexneriano para o Modelo da Clínica Ampliada em Saúde/sobre o Sistema e suas mudanças.	07
Reflexão sobre as necessidades de saúde/profissionais/SUS/serviços de saúde e a necessidade de transformá-los.	06
Clínica Ampliada em Saúde/Clínica Ampliada em Saúde e Portaria nº 2488/11.	05
História do aluno e sua capacidade de se adaptar (resiliência) às alterações constantes.	03
Integralidade da Atenção.	02
Necessidade de adequação à Clínica Ampliada em Saúde pelo trabalho em equipe/atuação dos profissionais de saúde como equipe para excelência do cuidado em saúde.	02
Paralelo entre a música e os conteúdos estudados.	01
Como é a nossa relação com o funcionamento do SUS.	02
Reflexão sobre as mudanças que a medicina traz para nossas vidas.	01
Um resumo de como eu enxergo a história do SUS.	01
Psicologia voltada para o conceito profissional.	01
Em branco.	01
<p>A 7ª atividade representa no conjunto das atividades propostas o momento da reflexão final, do fechamento das produções, pois as mensagens expressas na letra da música permitem abstração sobre todos os conteúdos estudados, comparação das teorias com as vivências, prestando-se inclusive para avaliar a trajetória pessoal dentro do curso e do sistema de saúde em geral.</p> <p>De acordo com as respostas analisadas, observou-se que essa abstração ocorreu em 52 dos 53 discentes que responderam ao questionário, sendo possível encontrar respostas mais objetivas (ligadas aos conteúdos) e outras bem subjetivas, mostrando autorreflexão.</p>	

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte II.

De um forma geral, é possível inferir, diante dos resultados analisados, que a grande maioria dos estudantes conseguiu de forma espontânea identificar a teoria à qual se referia cada atividade prática proposta no *logbook*, o que pressupõe que elas foram dotadas de sentido, favorecendo a sua apreensão.

### 5.3.2 Avaliação da estrutura/formato do *logbook*

Dando continuidade às análises, o Quadro 14 traz uma compilação das respostas discentes sobre o questionamento a respeito da estrutura/formato deste procedimento de ensino e aprendizagem.

O tratamento desses dados mostrou uma impressão discente favorável sobre a estrutura/formato do *logbook*, merecendo destaque nessa análise, a constância com que termos como *ótimo/excelente* (39) e *permite correlação entre teoria e prática* (21) estiveram presentes nos seus discursos.

QUADRO 14 – Avaliação da estrutura / formato do *logbook* em 2014.

<b>Avaliação positiva da estrutura / formato do <i>logbook</i></b>	<b>Frequência</b>
Ótimo; excelente; muito boa; essencial; bastante eficaz; muito interessante; muito efetiva; bem elaborada/estruturada; muito produtiva.	34
Permite aproximação entre teoria e prática; alterna teoria e prática; aplica teoria na prática/prática aprendida na teoria; envolve a teoria que aprendemos na aula.	21
Boa; eficiente; satisfatório; interessante; cativou a todos; aprendizado completo.	12
Didático, dinâmico; organizado.	10
Inovador; diferente; singular.	09
Facilita o aprendizado; aprende-se de uma forma simples; mais fácil de entender; facilita a fixação do assunto, a compreensão e apreensão dos temas abordados.	07
Objetivo; sucinto.	05
Muito interativo; permite o trabalho em grupo; possibilita participação do aluno; todos participaram ativamente; faz o aluno expor suas opiniões.	05
Divertido, não é maçante, permite aprofundamento sem ser cansativo.	04
Permite reflexão; tem muito apelo reflexivo.	04
Oportuniza devolutiva; <i>feedback</i> ; a discussão ao final do <i>logbook</i> foi construtiva.	03
Desperta a vontade de buscar informações; nos fez buscar conhecimento novo.	02
Mais interessante que o portfólio; superior ao portfólio.	02
É uma opção de ensinagem, porém precisa ser conhecida pelo docente.	01
<b>Críticas à estrutura / formato do <i>logbook</i></b>	<b>Frequência</b>
Um pouco cansativo; um pouco longo; muito extenso.	03
Complexa.	01
Poderia ter mais questões objetivas.	01

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte II.

Algumas frases abaixo, citadas textualmente, confirmam essa dedução:

- ✓ [...] é bem estruturado e poderia ser utilizado nos demais anos do curso. (discente 17)
- ✓ O *logbook* tem uma estratégia de ensinagem que facilita muito o aprendizado, relacionando a teoria com a prática de forma fácil para ser compreendida. (discente 50)
- ✓ Adorei, achei um jeito mais fácil de colocar certas matérias chatas [...]. (discente 40)
- ✓ [...] estrutura a linha de raciocínio de forma crescente e organizada. (discente 32)
- ✓ Uniu o que vi em sala de aula com o que vivi nos estágios. (discente 33)
- ✓ [...] o *logbook* é inovador e desperta a vontade de buscar informações, sendo bem superior a outros métodos como o portfólio, pois relaciona a teoria com a prática de maneira bem objetiva. (discente 37)
- ✓ Muito produtiva, aproximou a teoria da prática de forma divertida e inovadora. (discente 20)
- ✓ [...] é uma ferramenta singular, com uma estratégia única de ensinagem, que possibilita ao aluno aprender de uma forma diferente com muito apelo reflexivo. (discente 18)

Em relação às críticas ao formato, as frases abaixo expressam as discretas manifestações discentes que consideraram o formato do *logbook* um pouco longo/extenso/cansativo (03) ou complexo (01). Alguns estudantes criticaram algumas atividades isoladamente:

- ✓ [...] é um pouco cansativo por ser muito extenso, porém o resultado final é satisfatório [...]. (discente 47)
- ✓ [...] acho que a última atividade deveria estar junto com a 1ª e 2ª, ou elas no final seria mais didático. (discente 24)
- ✓ [...] poderia ter mais questões objetivas, ampliando mais a teoria para ter maior fixação do conteúdo. (discente 29)
- ✓ [...] a música foi um pouco forçada e deveria pedir para o aluno criar ideias para consertar e melhorar o que pode ser melhorado. (discente 21)

Esse conjunto de mensagens discentes consubstancia para a aprovação do formato e estrutura do *logbook* como um procedimento de ensino e aprendizagem “saboroso”, capaz de ativar o processo reflexivo e promover a necessária aproximação entre prática e teoria, pensamento muito bem materializado no seguinte discurso de um estudante: “aplica a teoria na prática” (discente 20) e sinaliza a favor da continuidade do processo de imersão da escola médica em

direção ao ensino ativo em consonância com as recomendações das DCN (BRASIL, 2014) para os cursos de medicina de 2014.

### 5.3.3 Avaliação da dinâmica de desenvolvimento do *logbook*

Na sequência do desvelamento das impressões discentes sobre o *logbook*, os alunos foram instigados a emitirem opinião sobre a sua dinâmica de desenvolvimento, e conforme expresso no Quadro 15, a maioria avaliou satisfatoriamente essa dinâmica, sendo frequente nos relatos o uso de termos como *ótimo*, *muito bom*, *excelente*, *interessante*, *bom*, *eficaz* e outros semelhantes (41).

Como algumas das respostas encontradas repetem mensagens já discutidas nas seções anteriores, destacaremos algumas expressões que se fizeram presentes e que se mostraram originais e próximas dos pressupostos teóricos de ensino reflexivo, com participação ativa do estudante e interação entre professor-aluno / aluno-aluno, com os quais esta pesquisa está alicerçada.

Dessa forma, interessou-nos pontuar que o aluno quer se expressar, “ter voz” e realizar trocas com seus pares e que valoriza o trabalho coletivo, em grupo/equipe (24).

Entre os achados merecem destaque as manifestações sobre uma construção progressiva/crescente de desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem (09) e as que apontam a sua dinâmica como sendo envolvente no sentido de despertar a vontade do aluno em participar desse processo (07), o que vai ao encontro dos pensamentos de Veiga (2015) sobre ser necessário ativar no estudante o desejo de aprender por meio de,

[...] estratégias que sejam motivadoras do aprendizado, que despertem a curiosidade discente “e, conseqüentemente, a necessidade de busca, de construção ativa do conhecimento, levando o estudante a assumir o papel de sujeito de sua própria aprendizagem” (VEIGA, 2015, p. 309).

QUADRO 15 – Avaliação da dinâmica de desenvolvimento do *logbook* em 2014.

<b>Elogios à dinâmica de desenvolvimento do <i>logbook</i></b>	<b>Frequência</b>
Ótimo; excelente; muito boa; bastante eficaz; relevante.	26
Permite o trabalho em grupo / equipe; todos se expressam/ oportuniza ouvir a opinião dos colegas e expressar opiniões.	24 continua



QUADRO 15 – Avaliação da dinâmica de desenvolvimento do *logbook* em 2014.

Conclusão

<b>Elogios à dinâmica de desenvolvimento do <i>logbook</i></b>	<b>Frequência</b>
Boa; interessante; didática; positiva; menos cansativa.	15
Facilita o aprendizado; ensina de forma simples; esclarece dúvida; auxilia o ensino; facilita guardar e relembrar assuntos; facilita a compreensão do conteúdo.	10
A construção se dá de forma progressiva/crescente.	09
Faz o aluno se envolver e participar ativamente do processo.	07
Permite reflexão sobre vivências práticas; dá sentido.	05
Correlação teoria e prática; contextualiza .	05
Há explicação por parte do professor; há interação com o professor.	05
Inovadora; diferencial.	02
Oportunidade de abrir nossos olhos para outras questões.	02
Feedback constante.	01
Em branco.	01
<b>Críticas à dinâmica de desenvolvimento do <i>logbook</i></b>	<b>Frequência</b>
O nº de encontros é pequeno e o tempo longo; ideal mais 01 dia com tempo menor.	03
Cansativo.	01

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte II.

Para respaldar essas deduções foram pinçadas as seguintes frases entre os questionários da pesquisa:

- ✓ [...] envolve a todos; cada um dá sua opinião até chegar a uma conclusão para o problema. (discente 43)
- ✓ [...] muito interessante, pois exploramos nossos conhecimentos, tivemos uma participação ativa (todos do grupo tiveram a oportunidade de falar) [...] (discente 01)
- ✓ Achei bem legal, pois o que a princípio vimos como fonte de notas surpreendentemente revelou-se um *link* com a teoria aprendida. (discente 08)
- ✓ Ótima dinâmica, pois você coloca sua opinião no *logbook* realizando as atividades e posteriormente, compartilha com os demais colegas, que também expõem as suas. (discente 12)
- ✓ Permite ao aluno avaliar o seu conhecimento, colocando-o de forma cronológica e uma atividade serve de base para o entendimento da seguinte facilitando assim a compreensão [...] (discente 04)
- ✓ [...] é de uma dinâmica espetacular, porque nos fez ter um trabalho em equipe muito bom, além de me fazer querer participar

desse processo de aprender e construir esse novo instrumento.” – (discente 36)

✓ [...] me fez entender melhor a teoria para aplicá-la nas atividades práticas. (discente 22)

✓ É uma dinâmica, que inclusive acredito que possa substituir muitos métodos de avaliação que são usados na faculdade, que não fazem uma busca verdadeira da realidade de ensino-aprendizagem, pois muitas vezes fazemos a atividade que um certo método impõe sem perceber o verdadeiro sentido e sem saber o significado e objetivo para nossa formação. (discente 52)

Embora discretas numericamente (04), as críticas também se fizeram presentes e estão relacionadas à extensão das atividades e ao tempo de desenvolvimento, conforme as falas dos estudantes reproduzidas abaixo:

✓ [...] achei o número de encontros pequeno e acredito que mais um seria melhor com um tempo de duração um pouco menor. (discente 05)

✓ O logbook foi pesado para mim, mas acredito que para alunos que façam todos os dias, sem deixar acumular, fica mais fácil. (discente 49)

✓ [...] poderia ter mais questões objetivas, ampliando mais a teoria para ter maior fixação do conteúdo. (discente 29)

Essas manifestações discentes vão ao encontro do que Veiga (2015, p. 272) considera como “uma metodologia que envolve o estudante como sujeito participativo e colaborativo no processo formativo”.

### 5.3.4 Papel do docente mediador

No Quadro 16 é apresentado um resumo das principais manifestações expressas pelos discentes participantes sobre o papel desempenhado pelo docente no procedimento de ensino e de aprendizagem, alvo desta pesquisa. Os resultados apurados permitem inferir a importância que o discente do século XXI, considerado um “nativo virtual”, com acesso ilimitado à informação, dá à atuação docente no seu processo de ensino e aprendizado, tendo em vista a frequência de citação de termos como: *excelente; indispensável; fundamental; ótimo; de suma importância, em seus escritos* (26).

QUADRO 16 – Papel do docente mediador em 2014.

Papel do docente mediador	Frequência
Excelente; indispensável; fundamental; ótimo; de suma importância.	26
Instruir/abrir caminhos/ampliar visões; mediador/condutor/facilitador/instigador/motivador/incentivador do aprendiz; guia profissional do aluno; condutor das discussões; envolve/direciona o aluno.	19
Cativante, positivo; dedicado, competente; atencioso.	10
Faz o aluno aprender de forma fácil/prazerosa/gostosa.	08
Didático, boa abordagem.	06
Permite diálogo/discussão/que os alunos se expressem/troca de informações.	06
Permite melhor compreensão das informações.	05
Correlaciona teoria com a prática.	05
Inovador; dinâmico.	03
Desperta a vontade de querer aprender.	01

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte II.

As manifestações dos estudantes identificaram ainda o papel exercido pelo docente nessa experiência como sendo o de um mediador do aprendizado (19).

Esses achados estão de acordo com os dizeres de Soares e Cunha (2010) sobre a mediação docente:

O desenvolvimento, sem precedentes, das tecnologias de informação e comunicação também impacta fortemente os processos educativos, na medida em que possibilita, aos estudantes, o acesso às informações por conta própria e de forma mais atrativa, o que desafia os professores do ensino superior a aperfeiçoarem seus métodos de ensinar e a assumirem um papel menos transmissivo.

Exige, principalmente, um processo de mediação voltado para facilitar a compreensão crítica dos estudantes acerca da avalanche de informações disponíveis no mercado virtual e dos valores subjacentes (SOARES; CUNHA, 2010, p.17).

De forma surpreendente, mostrando sintonia com a ideia original do pesquisador de buscar um processo de ensino e de aprendizagem *prazeroso* ou na metáfora alimentar, *saboroso*, 08 discentes exprimiram essa significação (08).

Todos esses fundamentos estão manifestos nas respostas emitidas pelos discentes, conforme pode ser visto no conjunto de frases abaixo transcritas:

✓ [...] a abordagem do professor, incentivando e instigando o aluno, é fundamental para que este se esforce a responder corretamente e sinceramente as questões desenvolvidas. (discente 49)

- ✓ [...] Ótimo, cativante, envolveu o aluno e sem perceber aprendemos a matéria de forma espontânea com facilidade. (discente 43)
- ✓ No início, primeiro dia, achei que não haveria tanta importância para fazer o *logbook*, porém quando pronto e discutido entre a equipe em sala, percebi ter realizado toda a teoria que havia estudado e assim percebi o quão importante foi a realização deste. (discente 13)
- ✓ O docente ficou em “segundo plano” (obrigando à procura de informações, conceitos, enfim influenciando a busca por respostas). Método muito didático. (discente 01)

Vislumbrando as tendências mais atuais, a valorização e o papel que os discentes deram ao docente mediador dessa experiência, parecem afinados com as ideias de Veiga (2015, p. 292) de que no processo evolutivo da metodologia ativa para a metodologia participativa e colaborativa, assentada na pedagogia histórico-crítica, houve uma revalorização do papel do professor, que reassumiu a sua identidade profissional de “agente social responsável pelo ensino; orienta, coordena, estabelece uma relação mediada pelo conhecimento”, que cria situações de aprendizagem com intencionalidades e objetivos educativos.

Veiga (2015) respalda-se em Lópes Noguero (2007) para definir esse novo papel: alguém que é capaz de intercambiar conhecimentos, experiências, vivências e sentimentos para a resolução de problemas de forma colaborativa e de construir coletivamente o conhecimento, ao invés de se resumir a ser apenas um facilitador do aprendizado individual e espontâneo do aluno.

### 5.3.5 Papel discente no processo

Na discussão dos resultados ocupa um espaço central a avaliação discente sobre a sua participação nesse processo de construção do conhecimento mediado pelo *logbook*, pois perceber como o aluno classifica o seu desempenho pode fornecer importantes pistas da significação desse instrumento como um procedimento de ensino e de aprendizagem.

O Quadro 17 traz uma síntese dos achados resultantes dessa autoavaliação discente, sendo marcantes os relatos que consideram essa participação como sendo ativa e satisfatória (44).

QUADRO 17 – Papel discente no processo em 2014.

<b>Papel discente no processo</b>	<b>Frequência</b>
Bem; boa; ativa; me esforcei; me dediquei; me doe.	32
Muito boa, me expressei bastante; ótima; intensa; bem participativa.	12
Moderado; regular; poderia ter participado mais ativamente.	10
Perdi um pouco da vergonha/da timidez.	04
Consegui correlacionar a teoria com a prática.	04
Desenvolvi a reflexão.	02
Fiquei um pouco tímida.	02
Colaborativa.	02
Alcancei os objetivos propostos na atividade.	01

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte II.

Esse conjunto de respostas manifestas no questionário da pesquisa mostra similaridade com as ideias de Vasconcelos (1992) de que o conhecimento não pode ser transferido pelo professor e nem inventado pelo sujeito, antes, é construído por este durante a sua relação com os outros e com o mundo. Isto significa que a teoria para ser apreendida tem que ser trabalhada, refletida, reelaborada, pelo estudante para se transformar em sabedoria.

Algumas manifestações discentes selecionadas abaixo apontam a interação discente com os seus pares, com o professor e com os pacientes e também o quanto essa aproximação, favorecida pela formação de pequenos grupos, quebra a “invisibilidade” de alguns alunos que se mostram satisfeitos de poderem expor suas potencialidades para o professor:

- ✓ [...] avalio que fui bem, pude interagir com os meus colegas e com a professora que abriu portas para nos ouvir, onde mostrei para ela meus adjetivos antes não percebido por ela. (discente 16)
- ✓ Eu me vejo hoje como uma pessoa que perdeu um pouco da vergonha e conseguiu participar e interagir com a família entrevistada. (discente 26)

Há também nos relatos expressão de trabalho ativo, refletido que, promove segundo Almeida (2008) a (re)ligação de saberes, de vida, de conhecimentos:

- ✓ Procurei estar atenta para identificar se o funcionamento da ESF ocorria de forma correta. (discente 02)
- ✓ Foi tudo muito válido como uma experiência de vida. (discente 10)
- ✓ Boa, pude vivenciar o dia-a-dia, a rotina da ESF e relacionar com a teoria, teve um acréscimo importante para minha formação e experiência de vida. (discente 43)
- ✓ Muito boa [...] consegui através desse *logbook* aprofundar meus conhecimentos, trazer para esse instrumento toda a minha vivência [...]. (discente 53)

Esses discursos embutem mensagens que atestam a ativação do protagonismo dos estudantes quando eles são colocados em vivências que permitem-lhes refletir sobre as histórias de vida e a produção do adoecimento e atinentes à elas buscam soluções possíveis dentro do real que se apresenta.

No conjunto de olhar discente sobre si mesmo, transparecem também o que autores como Alves (2007), Anastasiou (2007), Tsuji e Aguilar-da-Silva (2010) denominam de “resistências”, que costumam surgir diante do novo.

Tais reações podem emanar tanto das instituições e dos docentes como também do corpo discente, que acostumado à forma apassivada do assistir aulas, pode expressar temor, desinteresse, estranheza, rigidez ao ser desafiado a realizar operações mentais que exigem reflexão e certo grau de abstração na sua execução.

O enfrentamento dessas situações requer que o docente assuma atitudes de perseverança, flexibilidade, parceria, afetividade e sedução para que ambos, professor e aluno, trabalhando juntos, possam *saborear* o processo de ensinagem.

Os depoimentos dos estudantes revelam tanto a presença dessas resistências, quanto a sua superação:

- ✓ Alta superação, pois no começo estava resistente a novas técnicas ou mesmo aos novos modelos de ensino, mas fui surpreendido [...] (discente 27)
- ✓ Devido eu ser mais tímido, calado, eu não consegui ir tão bem, mas vejo que estou mais envolvido do que era antes. (discente 28)
- ✓ [...] evolui bastante com a construção das atividades [...] durante a correção me expressei bastante, o que me fez perder um pouco a vergonha, facilitando a expressão em público em nova oportunidade. (discente 39)
- ✓ Fui bem participativo, mais do que de costume. (discente 21)
- ✓ Foi boa, mas se eu não fosse tímida, poderia ter sido melhor. Mas eu percebo uma grande mudança com relação ao começo da faculdade, e esse trabalho me ajudou a expressar minha opinião. (discente 35)

Outro aspecto que consideramos importante que emergiu nos relatos, diz respeito à importância que o aluno dá para a valorização das suas produções pelo docente, pois é frequente nos discursos discentes a queixa de que não recebem devolutivas sobre seus construtos:

- ✓ Ótima, [...] após observar o interesse da professora mediadora quanto a produção do *logbook*, com certeza nosso rendimento melhora, pois sabemos [...], que esse instrumento será de fato avaliado e lido, além de que facilitou infinitamente a compreensão do conteúdo teórico a partir desse material. (discente 38)

### 5.3.6 Potencialidades do *logbook*

O Quadro 18 revela as impressões discentes sobre as potencialidades do *logbook* na visão discente.

QUADRO 18 – Potencialidades do *logbook* em 2014.

Potencialidades do <i>logbook</i>	Frequência
Correlação entre teoria e prática; vivência da prática; fixação da teoria com atividade prática.	38
Atividades do <i>logbook</i> : PTS; Rede Heterogênea; Clínica ampliada em Saúde; Escala de Coelho; Processo de Trabalho da ESF.	05
Mais facilidade para guardar/entender/compreender/fixar conteúdos e conhecimento.	04
Autoconhecimento; reflexão pessoal; visão de mudança pessoal e do serviço de saúde.	03
Discussão em grupo; trabalho em equipe.	02
Embasamento teórico; conceituações.	02
Reflexão sobre produções; desenvolvimento do olhar crítico; capacidade de avaliar.	02
Comprometimento.	01
Pesquisa.	01
Humanização.	01

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte II.

Em relação às potencialidades surgiram diferentes quesitos, sendo os mais frequentes aqueles que sinalizam a possibilidade de aproximação entre a teoria e prática (38).

Esse encontro entre o conhecimento teórico e a prática é um dos conceitos do pensamento freireano, que se opõe à educação como depósito de conteúdos e advoga em prol de uma educação problematizadora, condicionada à

realidade concreta, capaz de despertar a curiosidade cognoscitiva dos alunos (FREIRE, 2006).

Os relatos abaixo extraídos dos instrumentos respondidos pelos alunos destacam esse processo reflexivo discente e o encontro entre teoria e prática.

- ✓ [...] conceituações e correlações dos conteúdos a partir dos achados dos alunos. (discente 50)
- ✓ [...] a íntima ligação entre teoria e prática, trazendo as experiências vivenciadas na ESF para a teoria e unindo os dois. (discente 05)
- ✓ A teoria está relacionada com a prática, assim pude aprender muito mais do que em uma aula básica. (discente 30)
- ✓ Melhor do que portfólio, une teoria com a prática de forma mais direta. (discente 15)
- ✓ Ver a teoria com outros olhos. (discente 42)
- ✓ O *logbook* é uma ferramenta que complementa e fixa melhor os assuntos vistos em sala de aula; assim acredito que compreendemos melhor a teoria desenvolvendo um pouco de prática, foi importante misturar o conteúdo teórico com a nossa reflexão porque encontrei um porquê de tudo o que foi ensinado. (discente 10)

Alguns achados chamaram a nossa atenção não pela frequência com que foram encontrados nos relatos e sim pela sua significação em relação aos alicerces teóricos que fundamentam essa investigação de um ensino mediado pelo diálogo pedagógico entre professor-aluno e entre aluno-aluno, num processo em que o aprender e o ensinar se dá de forma prazerosa, objetivando a produção do conhecimento.

- ✓ Não sei o que destacar, para mim foi uma atividade divertida, ainda mais as que exigiam trabalho em equipe [...] pude me atentar mais as características psicossociais. (discente 20)
- ✓ Os elementos mais significativos para o desenvolvimento do *logbook* são: docente mediador com conhecimento e abordagem adequada para provocar reflexão do discente; dedicação do aluno com disponibilidade para a discussão em grupo. (discente 08)
- ✓ [...] feedback no 2º encontro e a professora facilitando nossa compreensão quanto aos objetivos do *logbook* [...] tudo foi compreendido e não decorado. (discente 38)

Aliás, o trabalho cooperativo entre professor e aluno é indispensável no ensino reflexivo, e a participação ativa do estudante deve ser despertada para promover o seu interesse pela matéria, inquietando-o de forma constante, o que possibilitará a sua passagem da transitividade ingênua para a consciência crítica (FREIRE, 2011).



Nessa visão, o professor torna-se um aliado do estudante e não um obstáculo ao seu desenvolvimento. Suas atitudes valorizam os conhecimentos prévios e vivências do aluno, instigam suas reflexões para a busca de tomada de decisões criativas e adequadas para a resolução dos problemas da vida real (FREIRE, 2006).

O discurso discente abaixo relacionado embute outro aspecto que vale a pena destacar que é a possibilidade do texto escrito, pouco vivenciado na era da informática, constituir-se num momento de reflexão e aprendizagem.

✓ [...] o poder da reflexão que o sentar e o escrever proporcionam utilizado como ferramenta de aprendizado mostra que o planejamento otimiza a prática, deixando o cuidado mais eficiente e o paciente melhor atendido. (discente 05)

### 5.3.7 Fragilidades observadas no *logbook*

No Quadro 19 foi realizada a compilação dos resultados referentes às fragilidades observadas pelos discentes durante o desenvolvimento do *logbook*, sendo observado uma reduzida manifestação de fragilidades nesses achados.

QUADRO 19 – Fragilidades observadas no *logbook* em 2014.

<b>Fragilidades observadas no <i>logbook</i></b>	<b>Frequência</b>
Não encontrei fragilidades.	34
Algumas questões muito extensas/pouco tempo para respondê-lo.	22
Dificuldade para se obter informações/pouca cooperação de alguns profissionais.	15
Desconhecimento/1º contato com o instrumento gerou insegurança.	10
Dificuldade de interpretação de algumas atividades/não enxerguei a resposta logo.	10
Autoavaliação; questões subjetivas ou pessoais, mais reflexivas; ter que dar opiniões.	09
Dificuldade para o trabalho em grupo.	03
Algumas teorias não são tão eficazes na prática.	01
Desconhecimento sobre a Portaria nº 2488/11.	01
Em branco.	01

Fonte: Questionário da pesquisa – Parte II.

Os relatos discentes abaixo descritos consubstanciam essas impressões:

- ✓ De início quando imprimir (1º contato) achei que teria problemas em realizar as propostas, porém a professora nos auxiliou do início ao fim do *logbook*, portanto não encontrei fragilidades. (discente 12)
- ✓ Não encontrei nenhuma fragilidade, a meu ver, o *logbook* é bem completo e de fácil compreensão, nos auxiliando no aprendizado. (discente 07)
- ✓ Não tive desconforto [...] pelo contrário, me fez aprender de uma maneira mais fácil e gostosa. (discente 36)
- ✓ Nada, para mim a atividade foi prazerosa e me fez absorver mais esses conceitos tão importantes. (discente 20)

Há, no entanto, alguns registros que expressam discretas críticas (fragilidades e desconfortos) ao instrumento investigado que, em essência, foram centradas no fato de algumas atividades serem extensas, na necessidade da reflexão, de algumas questões serem subjetivas, no fator tempo e na dificuldade de se conseguir algumas respostas, inclusive havendo apontamento de falta de colaboração da equipe de trabalho para esse fim, mostrando que a distância entre o mundo da formação e do trabalho ainda é uma realidade a ser superada.

- ✓ Ele direciona os assuntos que se quer saber, pode ocorrer de haver omissão de algum assunto [...]. (discente 15)
- ✓ [...] há atividades que podem ser copiadas de outras pessoas, assim os resultados obtidos nem sempre refletem o desenvolvimento pessoal do aluno. (discente 08)
- ✓ A atividade 5 poderia ser menor pois tem muitos elementos que não mudam, [...] é extensa e algumas dificuldades tivemos dificuldade de conseguir. (discente 45)
- ✓ Minhas principais dificuldades foram os momentos de reflexão [...]. (discente 39)
- ✓ Inicialmente tive dificuldade para compreender as lições, porém após o nosso 1º encontro com a professora isso foi esclarecido. (discente 38)
- ✓ O que mais me incomoda, são as reflexões, até gosto de fazer, mas preciso estar no clima para realizá-las. (discente 31)
- ✓ A questão de ter que dar opiniões, ser reflexiva, crítica, sou objetiva, gosto de respostas curtas. (discente 14)

Nos discursos abaixo mencionados emergiu outra perspectiva que merece ser abordada nos encontros pedagógicos e que diz respeito à dificuldade de alguns discentes de se adaptarem à realidade vivenciada nos estágios:

- ✓ O desenvolvimento da atividade 5, pois o paciente escolhido fumava demais e eu não suportava cigarro. (discente 47)

- ✓ Dificuldade de desvendar relações familiares e abordar alguns tabus para responder a questão [...] mas foi bom para nos mostrar o tipo de situação que vamos nos deparar na nossa carreira. (discente 34)

Embora, numericamente, as fragilidades relatadas sejam inferiores às potencialidades, considerar as mensagens que expressam, podem contribuir muito para ajustar o melhor formato e desenvolvimento da experiência pedagógica, tanto no que tange ao formato, quanto em relação à sua operacionalização, principalmente em relação à extensão das atividades e tempo das discussões que foram alvo das maiores críticas.

#### **5.4 Contribuições do *Logbook* para o Aprendizado na Visão Discente e Docente**

A análise das contribuições do *logbook* na visão discente tomou uma direção diferente das demais, pois como a intencionalidade de sua questão problematizadora era desvelar a “impressão final” do procedimento de ensino e aprendizagem vivenciado com o *logbook*, optou-se por não contabilizar a frequência das manifestações e sim o critério semântico para a sua significação.

Isto posto, após a leitura exaustiva dos discursos discentes, observou-se que muitos deles continham significados semelhantes, porém com formas de expressão diferente, assim optou-se por selecionar aqueles que tinham uma construção mais organizada para ilustrar esses achados.

Na sequência, com a intencionalidade de verificar um possível nexos entre as manifestações discentes e as impressões observadas pelo docente mediador tanto *in loco* durante os encontros presenciais, quanto após no processo de avaliação dos *logbooks* produzidos, procedeu-se à triangulação desses dados.

Dessa forma, foi possível identificar mensagens presentes nos discursos discentes que atestaram as seguintes impressões docentes percebidas no desenvolvimento da experiência:

1. *Favoreceu a participação ativa e protagonismo do aluno e o trabalho cooperativo: todos puderam expor seus construtos:*

No desenvolvimento da experiência ficou registrado que os estudantes dialogaram com seus pares, com pacientes e profissionais de saúde e buscaram coletivamente soluções de problemas vivenciados nos estágios (apreensão do real), que foram pensados numa abordagem biopsicossocial (perspectiva crítica dos conhecimentos).

Houve um exercício de responsabilidade na realização das atividades que envolviam a tomada de decisões, indução que pode ser comprovada pelas seguintes mensagens discentes:

- ✓ Boa, pois alterna momentos de reflexão pessoal e trabalho em grupo [...] conhecimento de nós mesmos e emocionalmente. (discente 38)
- ✓ [...] consegui [...] trazer para esse instrumento toda a minha vivência, o contato com o paciente, formular hipótese diagnóstica, perceber a vulnerabilidade e propor melhorias. (discente 53)
- ✓ Foi muito bom, pudemos expor nossas opiniões e aprender com a opinião dos outros colegas e as discussões em sala de aula nos fez aprender de forma mais interessante, sem o maçante da aula teórica. (discente 34)
- ✓ [...] pude me aprofundar na construção do PTS [...]. (discente 20)

A análise dessa coleção de pensamentos nos permite inferir, usando as palavras de Ruiz (2009), que os alunos foram arquitetos e construtores do seu próprio conhecimento, fizeram experimentações intelectuais, vivenciaram relações colaborativas, abrindo-se para o diálogo.

## *2. A multiplicidade de atividades permitiu a manifestação de criatividade e criticidade pelos estudantes:*

Houve expressão de “um antes” (elaboração de síncrese) e “um depois” (construção de novas sínteses) em relação aos conteúdos trabalhados, o que exigiu reflexividade por parte dos estudantes que puderam assim dar espaço à sua criatividade e ao pensamento mais refinado, o que foi atestado nos seguintes discursos discentes:

- ✓ O logbook contribuiu para expressar a nossa criatividade, relacionar uma simples música com a realidade da nossa saúde [...]. (discente 01)

- ✓ Além disso, o logbook é um poderoso instrumento de reflexão e me fez pensar e olhar diferente para algumas situações do nosso dia-a-dia. (discente 33)
- ✓ O logbook foi um exemplo de inovação e me fez perceber que não podemos nos restringir a apenas uma maneira de aprendizado, com certeza, criar o logbook me ensinou coisas que uma sala de aula não conseguiria me ensinar. (discente 25).
- ✓ Ótima, pois as atividades vão se delineando de forma crescente e por fim você se autoavalia e reflete sobre o que conseguiu aprender, [...] principalmente após a discussão em classe. (discente 09)
- ✓ [...] maior poder de percepção e crítica sobre a realidade do sistema de saúde. (discente 04).

A valorização da visão sincrética, prévia do estudante, foi um momento chave para que ele pudesse refletir sobre o que já sabia e o que ainda se constituía em uma lacuna de aprendizagem, tudo isso focado na aplicação prática desse aprendizado para construção de uma síntese mais elaborada, num movimento de (re)fazer que Veiga (2015, p. 56) identifica como sendo de “construção de novos saberes, ressignificando os saberes científicos e do senso comum”.

### 3. *Mobilizou diferentes operações mentais:*

Durante o decorrer da experiência os discentes praticaram uma diversidade de ações que motivaram diferentes operações mentais, tais como: autoavaliação; busca e organização de dados; recordação; comparação; criticidade; reflexão; decisão e abstração, conforme pode ser percebido nas manifestações discentes abaixo:

- ✓ O logbook contribuiu para expressar a nossa criatividade, relacionar uma simples música com a realidade da nossa saúde [...]. (discente 01)
- ✓ Ensinou-me a organizar minhas ideias [...] (discente 44).
- ✓ É um poderoso instrumento de incentivo à reflexão, ajuda a fixar o que vivenciamos. (discente 33)

Segundo Anastasiou e Alves (2005), essa mobilização de diferentes operações mentais, frutos de ações diversificadas, que têm a prática como fundamento, é essencial para ativar o processo reflexivo e para a apreensão do conhecimento pelo estudante, fazendo com que esses momentos se transformem em vivências reais.

4. *Houve uma maior contextualização das experiências práticas com a teoria, o que lhes conferiu sentido:*

A construção do *logbook* exigiu uma ligação constante das práticas realizadas com os conteúdos teóricos, pois as atividades propostas exigiam que as experiências vivenciadas fossem constantemente relacionadas às teorias referentes, dando-lhes sentido didático, o que foi atestado nas mensagens discentes em destaque.

- ✓ Relacionei a teoria com a prática, vivenciei tudo o que é falado na sala de aula (discente 43).
- ✓ [...] perceber que a teoria ensinada de fato é útil e foi de forma considerável entendida por mim (discente 02).
- ✓ O fato de buscar a teoria e aplicar na prática alivia aquele método maçante da sala de aula. O fundamental é a possibilidade de praticar assuntos às vezes incompreensíveis somente na teoria. (discente 18)
- ✓ Compreensão da teoria de maneira completa, por a vivermos na prática [...] (discente 06)
- ✓ [...] foi uma ferramenta nova que me trouxe um aprendizado mais fácil, porque pude conciliar a teoria com a prática e assim a compreensão faz mais sentido. (discente 36)
- ✓ [...] me fez gostar das aulas relacionadas à saúde pública, pois sempre tive bastante aversão sobre o assunto, porém o *logbook* me fez gostar e querer estudar mais sobre o assunto. (discente 11).
- ✓ [...] foi uma forma de fixação do conteúdo aprendido, pois ele “casa” a teoria com a prática. Muitas vezes a parte teórica é jogada na sala de aula e nós não temos noção de como esses assuntos são aplicados na prática. (discente 49).

Essas manifestações que expressam o encontro do saber sistematizado com a realidade historicizada remeteram-me às reflexões de Rays (2010), ao argumentar que

É a atividade teórico-prática do homem que motiva e promove criticamente transformações na realidade objetiva e no próprio homem. [...] Desse modo, a teoria-conhecimento é um momento da prática ação, assim como a prática é um momento da teoria e do próprio pensar (RAYS, 2010, p. 37).

5. *Permitiu uma aprendizagem processual em tempo curto:*

No planejamento das atividades propostas no *logbook* um grande desafio foi adequar as atividades propostas ao tempo relativamente curto de

desenvolvimento das atividades de estágio previsto nessa UA (aproximadamente 07 dias).

Apesar da limitação do fator tempo, foi possível observar, no entanto, que esse obstáculo não impediu que ocorresse a aprendizagem processual, com transformação de pensamento, sendo visível a ocorrência de um maior requinte nas manifestações discentes iniciais e ao final do processo. As impressões discentes abaixo relacionadas confirmam essa inferência.

- ✓ Excelente e como avalia o desenvolvimento, pois o modelo de desenvolvimento em dois encontros, onde no primeiro recebemos apenas algumas informações úteis ao desenvolvimento e no segundo pudemos refletir sobre as matérias já aprendidas que puderam ser vistas na prática. (discente 39)
- ✓ Foi ótimo, aprendemos em 2h o que vimos em 02 meses. (discente 15)

No planejamento da aula, o docente deve levar em conta o tempo de que dispõe para a realização de uma situação de aprendizagem e quando o tempo disponível é curto, organizar atividades com um roteiro prévio pode favorecer esse processo de apreensão do conhecimento pelo estudante, desde que fundamentos como a participação ativa do aluno, contextualização teórico-prática, uso da flexibilidade estejam contemplados no processo.

#### 6. *Criou situações de aprendizagem com objetivos educativos:*

No desenvolver da experiência foi possível vislumbrar a importância do compromisso formativo do docente, que deve pensar em situações de aprendizagem que tenham objetivos educativos, os quais devem ser clarificados para os estudantes, e estes podem se situar frente ao que deles é esperado.

Esse fazer pedagógico contribui para que o discente organize e atribua sentido ao seu processo de aprendizado, fatos atestados pelas seguintes mensagens dos estudantes.

- ✓ [...] sedimentou meus conhecimentos que já existiam, mas estavam espalhados. [...] mostrou ainda que os objetivos quando propostos de maneira clara, facilitam o aprendizado, assim como a reflexão sobre o tema estudado. (discente 05).
- ✓ [...] é estruturada em objetivos, dando um sentido para a realização das atividades [...]. (discente 09)

Essa valorização pelo aluno das intencionalidades das situações de aprendizagem mostra a importância do planejamento prévio da aula pelos professores, pois, segundo Anastasiou e Alves (2005), os docentes devem ter clareza dos objetivos pretendidos com cada ação proposta, sendo necessária a sua significação para os estudantes envolvidos no processo de ensino e de aprendizagem.

#### *7. Possibilitou a avaliação formativa em tempo real:*

Uma fortaleza visualizada no *logbook* diz respeito à oportunidade do *feedback* em tempo real do que foi produzido, pois a sistemática de discussão coletiva das produções discentes com espaço para a dúvida e para o erro, sem conotação de punição, permite a construção de novos significados para as experiências vivenciadas pelos estudantes e a visualização da evolução processual da aprendizagem pelo docente, o que transparece nas impressões dos alunos subsequentes:

- ✓ Boa, [...] um *feedback* para o aluno e professor, visto que saberemos se atingimos o esperado ou não. (discente 09)
- ✓ [...] como uma espécie de espelho, reflete o quanto já foi aprendido. (discente 33)

Esses discursos revelam uma avaliação praticada em tempo real, feita a partir de avanços pessoais ocorridos durante o processo, que perceptíveis, podem favorecer o reconhecimento de uma dificuldade e não só o alcance de um objetivo (avalia processo e produto).

#### *8. Respeitou as singularidades dos estudantes:*

Na elaboração das situações de aprendizagem foi observada uma alternância de atividades objetivas e reflexivas que teve um efeito positivo, conforme atesta o discurso discente abaixo relacionado:

- ✓ [...] entende as características de cada um e tornou sem sombra de dúvida, um aprender “chato” em prazeroso. (discente 37)



Não se pode desconsiderar que há resistências de parte dos alunos (e professores) às metodologias ativas, colaborativas de aprendizagem. Assim, uma metodologia que alterna atividades individuais com coletivas, que propõe situações de aprendizagem mais objetivas ao lado de outras mais reflexivas parece conferir um “caráter mais democrático” de respeito às singularidades dos estudantes que terão espaço para “brilharem” em algum momento, desenvolvendo atividades nas quais se sentem mais “confortáveis”.

9. *Oportunizou o treino da escrita, que pode ser um momento de reflexão discente:*

O fato de o *logbook* ter uma sistemática de construção processual que contempla a busca e o registro de informações tanto nas vivências práticas quanto nos seus domicílios e permitir correções *in loco* (os estudantes podiam trazer suas produções escritas a lápis) nos encontros presenciais, demandou a preferência pela escrita textual, com momentos de releitura sobre os assuntos discutidos, o que parece ter contribuído para potencializar o processo reflexivo discente.

Tal impressão pode ser legitimada pela seguinte manifestação discente:

✓ [...] o poder da reflexão que o sentar e o escrever proporcionam utilizado como ferramenta de aprendizado [...]. (discente 05)

No século XXI, sem desconsiderar todas às potencialidades dos recursos disponíveis na sociedade midiaticizada, em que a escrita textual perde espaço para a escrita virtual, observa-se que o volume de conteúdos sem precedentes e a velocidade da troca de informações nem sempre favorecem a reflexibilidade. Neste contexto, a construção de uma atividade de aprendizagem de forma textual pode vir-a-ser uma oportunidade de se refletir sobre o que se está produzindo, ou seja, um momento de reflexão.

10. *A relação professor-aluno se (re)estabeleceu de forma mais harmônica e prazerosa:*

No ideário do aluno de medicina, refletindo o modelo formador de cunho flexneriano que valoriza a visão biomédica de saúde, as disciplinas que

envolvem conteúdos e práticas ligadas à Atenção Primária em Saúde (APS), com um enfoque biopsicossocial de saúde, não permeiam a preferência dos futuros médicos.

Porém, refletindo as novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina de 2014, a APS volta a ocupar um papel central nas práticas formadoras que devem ser oferecidas por meio de metodologias ativas de aprendizagem.

A superação dessa dualidade exige um processo de ensino e de aprendizagem mais criativo que favoreça a acessibilidade entre estudantes e professores e que possa incluir o “prazer de ensinar e de aprender”.

O estabelecimento desse *clima acolhedor* dá espaço para a reflexão orientada e para o diálogo entre aluno-aluno e aluno-professor, visando uma melhor exploração das *experiências vividas*.

As impressões discentes abaixo descritas mostram-se consonantes com essa tendência:

- ✓ [...] Não teria uma prática de ensinagem se a docente não nos passasse esse trabalho, para mim foi excelente a atuação dela e maneira de nos abordar. (discente 13)
- ✓ [...] me fez aprender um assunto tão complicado de uma maneira fácil e prazerosa. (discente 36)
- ✓ [...] para mim foi uma atividade divertida, ainda mais as que exigiam trabalho em equipe (discente 51)

A relação harmoniosa entre aluno-professor pode contribuir para auxiliar o estudante no seu processo de aprendizagem e também lança seus efeitos sobre o professor, que pode se contagiar com a jovialidade discente e dar uma nova roupagem ao seu *fazer docente*, conforme os dizeres de Navarro da Cruz (2004):

É essa comum-união do educador com o aluno que o estimula, que o engrandece, que rejuvenesce sua mente e sua alma; é o contato com o espírito jovem dos alunos que incita a queda das velhas roupagens possibilitando à crisálida romper mais uma vez: o professor pode alçar novos vãos, imaginar a escola com que sempre sonhou e ter esperança nessa nova escola, nesse novo tempo; nessa nova vida; esperança que não pode morrer, mesmo ameaçada pelo terror... (NAVARRO DA CRUZ, 2004, p. 54).

Essa conjugação do “saber com o prazer” identificada nesses discursos discentes parece indicar que na sua terminalidade o *logbook* acabou por se constituir em uma estratégia de ensinagem, processo este em que, segundo

Anastasiou (2007, p. 3), a exposição tradicional é substituída por uma parceria consciente entre professor e aluno, englobando “tanto a ação de ensinar quanto a de apreender”, dentro de um clima de trabalho que ambos consigam *saborear* o conhecimento”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: DESVELANDO O “SABER-SABOR” DO APRENDIZADO

A primeira lição é que não há palavra que possa ensinar o gosto do feijão ou o cheiro do coentro. É preciso provar, cheirar, só um pouquinho, e ficar ali, atento, para que o corpo escute a fala silenciosa do gosto e do cheiro. Explicar o gosto, enunciar o cheiro; pra estas coisas a Ciência de nada vale; é preciso sapiência, ciência saborosa, para se caminhar na cozinha, este lugar de saber-sabor.

(ALVES, 1988, p 93).

Na metáfora alimentar de Alves (1988), essa é a hora de *saborear* o gosto da comida produzida, ou seja, é o momento de enunciar o alcance do processo investigativo.

Ao iniciar a pesquisa, referimo-nos a uma situação impregnada de nossas vivências humanas e sociais como enfermeira, professora de um curso médico e mãe de uma médica recém-formada: o desconforto com o descompasso entre a formação e o mundo do trabalho, fato que desencadeou um processo autorreflexivo que culminou com a mudança no formato de aula empreendida numa determinada UA do curso médico da UNOESTE.

No processo de transformação foi experienciado um procedimento de ensino e aprendizado denominado de *logbook* e, não obstante termos encontrado registro de seu uso no ensino universitário em diversas partes do mundo, não se conseguiu localizar um referencial teórico consistente que explicasse a sua constituição, o que suscitou a nossa curiosidade.

Buscando um aprofundamento no alcance dessa experiência, procuramos transformar o que era uma inquietação inicial em objeto de estudo científico a fim de investigar o uso do *logbook* como um princípio metodológico de ensino e de aprendizagem ativo, colaborativo, prazeroso, numa perspectiva crítica do conhecimento.

Os resultados do processo investigativo consubstanciaram para o alcance dos objetivos pretendidos. Assim, apesar das dificuldades de se referenciar uma teoria sobre a essência do *logbook* construído, a observação prática e a comparação com os instrumentos assemelhados permitiram a sua caracterização como sendo um recurso metodológico “híbrido”, que guarda semelhanças e diferenças com outras estratégias que alicerçaram sua construção: o portfólio, o

estudo dirigido e diário de bordo, servindo para o desenvolvimento e documentação de experiências de aprendizagem que aproximam a formação e o trabalho.

Durante a sua construção foi possível delinear algumas de suas peculiaridades: exigência de reflexão e participação ativa na execução nas atividades; temáticas ligadas à realidade prática; possibilidade de aprendizagem processual (movimentos de re-fazer) num tempo relativamente curto; oportunidade de avaliação formativa em tempo real; treino da escrita durante o registro do aprendizado e, apesar do formato mais definido, com proposição de atividades sob a diretividade do professor, o fato de a prática ser fundante das atividades teóricas e a alternância de atividades objetivas e reflexivas favorecem a expressão de criatividade e o respeito às singularidades dos estudantes.

Em relação às fragilidades observadas, referem-se principalmente à inadequação entre a extensão das atividades propostas e o tempo para realizá-las que foi considerado por alguns relativamente curto.

Quanto às potencialidades do *logbook*, estas aparecem bastante imbricadas com a possibilidade de contextualização das vivências da prática e a teoria e, principalmente, com o fato dessa aproximação contribuir para dar-lhes sentido, o que fala a favor do uso da flexibilidade, princípio de identidade que encontra significado nos discursos de Libâneo (2000), para quem

A assimilação ou apropriação de conhecimentos e habilidades adquire importância e sentido se proporciona o domínio ativo e prático de modos de atuação crítica e criativa na vida, na profissão, no exercício da cidadania. Por essa razão, somente se dá a assimilação crítica dos conteúdos quando se faz a ligação destes com as experiências reais e concretas vividas pelos alunos na sua prática social (LIBÂNEO, 2000, p. 137-138).

A sua dinâmica propiciou o trabalho cooperativo e a interação entre professor e aluno, o que permitiu que ambos saboreassem o processo vivenciado, mostrando sintonia com a ideia original do pesquisador de buscar um processo de ensino e de aprendizagem mais *prazeroso*. Esse parece ser um ponto essencial na formação universitária, pois segundo Carneiro (2003), *saber e sabor* são palavras derivadas do radical latino *sapere*, cujo significado é *ter gosto*, um gosto que depende da forma como ocorre esse processo de ensino e de aprendizagem (objetivos, abordagem pedagógica do docente, relação professor-aluno, conteúdos, práticas, etc.).

Imanente com esse contexto é possível inferir que a ênfase inicial colocada no *logbook* como ferramenta metodológica (meio) foi superada, pois no seu desenvolvimento pela sua pluralidade (diversidades nas atividades de mobilização de pensamento) e intencionalidades (estreitamento de relações, conhecimento articulado em função da prática social), ele acabou por se transformar em um procedimento de ensino e aprendizagem (fim).

O fato de a prática social ser o ponto de partida das situações de aprendizagem propostas no *logbook* e a exigência do diálogo entre aluno-aluno e aluno-professor para a sua construção situa-o como uma proposta pedagógica calcada nos pressupostos da metodologia ativa, participativa, colaborativa, dotada de relevância acadêmica (processo de ensino e de aprendizagem dialógico, contextualizado, desenvolvido num clima pedagógico acolhedor) e também social (discentes com vivência real do mundo do trabalho em saúde, apreendendo a realidade numa perspectiva crítica dos conhecimentos e acontecimentos).

Esse arcabouço de análises e reflexões sobre essa experiência desenvolvida no *lôcus* da escola médica, vislumbrou a possibilidade de se acrescentar um pouco de “cor e sabor” no seu processo formativo “branco e asséptico”. Tal translação representa a inclusão do *prazer* de ensinar e aprender na educação de seres humanos que terão a nobre, mas difícil tarefa de cuidar de outros seres humanos, um cenário educativo que se assemelha ao desejado por Behrens (2006),

Almejam-se ambientes educativos que superem a função de oferecer aprendizagens baseadas em fatos ou habilidades e que busquem um estado de conexão com a vida, respeitando a diversidade na unidade, impregnando os alunos com a experiência de ser, de pertencer e de cuidar do universo, sendo sensível, tendo compaixão com seus semelhantes e consigo próprio (BEHRENS, 2006, p. 26)

Enfim, crendo ter mobilizado nossos melhores recursos para desvelar as peculiaridades dessa experiência, resta-nos agora distanciarmos do procedimento educacional em si para ressignificá-lo em termos de vivência pessoal e de perspectivas futuras de sua aplicabilidade.

Em termos pessoais, vivenciar a prática da elaboração e desenvolvimento do *logbook* representou uma mudança de paradigma em minha prática docente. Eu, professora requisitada pelos saberes técnicos de uma profissão, com um fazer docente mais conservador (aulas expositivas de conteúdos técnicos e

extensos), ao vislumbrar uma experiência realizada em pequenos grupos de aprendizagem, em que a construção do conhecimento deu-se por intercâmbio de diálogos e ações compartilhadas entre alunos e professor, na qual a prática social era fundante das atividades trabalhadas no processo formativo, vivenciei o “prazer” de ensinar. Quando valorava as minhas práticas profissionais pensava ser esta a *mais saborosa*, a que acendia em mim o “ser-professor”, estado essencial para uma docência que se renova continuamente com vistas a uma “formação viva”, em consonância com os pensamentos de Silva (2003):

O Ser-professor me faz possuidor de uma infinita esperança que me impulsiona a construir e reconstruir caminhos transitados, ir e vir em redor do mistério que existe em cada aluno, libertar-me dos velhos sonhos já desiludidos, embebedar-me da alegria de todos os dias renascer, tantas quantas forem às vezes necessárias para envolver-me no mundo circundante (SILVA, 2003, p. 142).

Outro aspecto que nos fez apreciar essa experiência foi observar nos dois encontros pedagógicos a mudança no comportamento dos estudantes. Havia uma expressão de “um antes” e “um depois” não só na apreensão dos conteúdos, mas também nas atitudes dos alunos, pois o desconforto aparente (troçavam olhares, mexiam-se nas cadeiras, alguns aparentavam estarem dispersos), tão logo iniciamos as práticas, foi superado e à medida que a participação individual aumentava (traziam atividades rascunhadas [expressão de busca], respondiam as questões orientadoras, faziam novos questionamentos), a linguagem corporal ia se modificando (esboçavam sorrisos, sentavam-se mais relaxados e aparentavam estar mais atentos). Todos tiveram “direito à voz” e isso parece ter feito a diferença, pois até os estudantes que nos termos anteriores eram mais “ausentes” foram mais ativos. E o grande diferencial foi vê-los praticando a clínica ampliada em saúde na execução das atividades (colocaram o doente e não só a doença nas respostas), o que foi muito agradável de se constatar.

Essas impressões foram respaldadas pelas manifestações proferidas no *feedback* realizado ao final dos encontros pedagógicos: interessante, diferente; aprendizagem; “a melhor aula que já tive”; “todas as aulas deveriam ser assim”; “como perdemos tempo”; “estou mais seguro de meus conhecimentos”, e um dos alunos que era mais ausente nas aulas teóricas, para nossa surpresa, com lágrimas

nos olhos”, após receber os elogios pela postura do grupo, agradeceu-nos, dizendo: “estou emocionado, muito obrigado, professora”.

Vale ressaltar o quanto esse procedimento se alinhou, de forma natural, às tendências atuais das metodologias ativas de aprendizagem, adotando uma ótica crítico-social que não hipervaloriza a técnica/método ou o processo de “aprender sozinho”, prezando o aluno e o professor, cuja contribuição pode auxiliar na mediação entre o conhecimento do senso comum e o saber científico historicamente produzido. Dessa forma, houve harmonia com o caminho apontado por Veiga (2015, p. 304) de considerar “os avanços científicos e epistemológicos da pedagogia”, “sem distanciar a medicina do movimento da história da educação brasileira”.

Por sua vez, pensar na sua utilidade para a formação médica ou até mesmo de outras ciências, parece-nos uma forma de quebrar o isolamento docente e socializar com os pares um procedimento de ensino e aprendizagem que pode ser útil em tempos de desencanto manifesto com as práticas médicas atuais e de incoerência entre discursos e práticas formativas.

Sem a pretensão de estancar as discussões sobre o assunto, baseado na vivência pessoal como docente e nos depoimentos dos estudantes envolvidos na experiência, acreditamos ser essa uma opção metodológica de ensino significativa para o curso médico, que entende a função médica como um fenômeno social, que busca proteger a vida preservando o humano da vida, principalmente nos momentos do curso em que se dispõe de uma carga horária reduzida (estágios de duração mais curta) para o desenvolvimento do processo de ensino e de aprendizagem.

Seria possível que todas as aulas fossem assim, como mencionado por alguns dos alunos participantes? Talvez não, mas é animador vislumbrar momentos de “sopro de vida”, de se pensar como “ser-professor”, capaz de criar ambientes de aprendizagem que, sem deixar de lado os conhecimentos científicos, descubrem-se mais coletivos, acolhedores, mais humanos em todos os sentidos: de aproximação dos alunos da realidade da vida dos usuários de saúde, mas também de proximidade dos professores das inquietudes e dificuldades dos estudantes, enfim uma relação de seres humanos que se percebem e percebem os outros como humanos. Parece ser esse o cenário imaginado por Alves (1980) quando relata:

Eu diria que os educadores são como as velhas árvores. Possuem uma fase, um nome, uma “estória” a ser contada. Habitam um mundo em que o



que vale é a relação que os liga aos alunos, sendo que cada aluno é uma “entidade” *sui generis*, portador de um nome, também de uma “estória”, sofrendo tristezas e alimentando esperanças. E a educação é algo pra acontecer neste espaço invisível e denso, que se estabelece a dois. Espaço artesanal (ALVES, 1980, p. 13).

À guisa de conclusão, como se trata de uma pesquisa-ação na qual o pesquisador é participante ativo do processo, interessa-nos ainda evidenciar o profundo sentido que viver a investigação científica do *logbook* representou para a transformação do nosso *habitus* profissional, pois à medida que adentrávamos no processo investigativo, à luz dos novos conhecimentos adquiridos com as pesquisas dos referenciais teóricos e socializações em aulas e congressos, fomos ganhando maturidade no nosso “pensar e no nosso fazer pedagógico”: ao buscarmos acrescentar *sabor e cor* ao ensino médico, acabamos por adicionar também um novo *sabor e cor* à nossa ação diária de educador.

## 7 PERSPECTIVAS FUTURAS: DIVULGANDO A “RECEITA” DO APRENDIZADO

[...] é isso mesmo que devem fazer os professores. Uma aula é um prato de saberes/sabores que ele serve. E os alunos devem comer. E tem muita comida gostosa.

(ALVES, 2003, p.102).

No presente há muita efervescência no ensino médico, seja pela ampliação sem precedentes de novas escolas médicas, ancorada no *Programa Mais Médicos* (BRASIL, 2015), ou pela instituição das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina de 2014 (BRASIL, 2014).

É fato também, que, não obstante à reconhecida competência técnica dos docentes das escolas de medicina (médicos e não-médicos), a ausência de domínio sobre os meandros dos recursos pedagógicos e da epistemologia da educação acabam provocando discrepâncias entre o que se deve fazer e o que estamos preparados para fazer.

Tais dificuldades, no entanto, não devem representar impedimentos para a busca de iniciativas que aumentem o “cardápio de estratégias de mudanças na preparação do futuro médico” (OLIVEIRA; ALVES, 2011, p. 26).

Nesse contexto, vivenciando as mesmas dificuldades dos meus pares no tocante aos desafios da docência na sociedade atual, apoio-me nos dizeres de Bernard Charlot (2010) para pensar que dada a característica prática dessa experiência, ela possa ter alguma permeabilidade entre os profissionais do ensino médico.

[...] falo de situações e práticas que o professor conhece, inclusive quando teorizo. O professor não recusa a teoria quando ela teoriza situações, problemas, práticas; ele rejeita a teoria sem objeto identificável, aquela teoria em que o autor apenas fala a outros autores de teorias. [...] Sei da dificuldade de ser professor, sobretudo na sociedade contemporânea, e estou solidário com os professores. [...] Não sou um “doutor” falando a professores, culpando-os, humilhando-os. Sou, ou pelo menos tento ser, um colega pesquisador transmitindo resultados de pesquisas, instrumentos conceituais e práticas para eles se tornarem mais fortes, mais orgulhosos de seu trabalho, mais felizes e também para que eles façam a mesma coisa com os seus alunos (CHARLOT, 2010, p. 155-156).

Diante disso, acreditando que todo conhecimento produzido é um patrimônio social que deve ser compartilhado e não ficar restrito ao círculo de sua

produção, diante da dificuldade de se encontrar um referencial teórico sólido sobre esse instrumento denominado *logbook* e ainda impregnada sobremaneira pela vivência *prazerosa* dessa experiência, com uma sensação de inacabamento, parece-me natural pensar nos desdobramentos que possam advir dessa pesquisa.

Por conseguinte, compartilhar essa experiência com o corpo docente da UNOESTE, confeccionar artigos que permitam a divulgação de sua essência em periódicos e congressos na área de educação médica e de educação em geral e até mesmo arriscar a ousadia de tentar transformar todo esse construto em um livro, podem ser possibilidades interessantes para capilarizar os seus resultados, dando continuidade a esse processo de ensino e de aprendizagem.

## REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, I. **Formação reflexiva de professores: estratégias de superação**. Lisboa: Porto, 1996.
- ALBUQUERQUE, P. B. A escola da Ponte: bem me quer, malmequer.... In: ALVES, R. (Org.) **A Escola que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir**. 12. ed. Campinas: Papyrus, 2001. p. 77-95.
- ALMEIDA, M. C. X. Educação como aprendizagem da vida. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 32, p. 43-55, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n32/n32a05.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p. 2234-2249, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.ciperj.org/imagens/reconhecerflexner.pdf> >. Acesso em: 03 jan. 2015.
- ALVARENGA, G. M. Portfólio: o que é e a que serve? **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 18-2, jan./abr. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000088&pid=S0034-7167200700010001300009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000088&pid=S0034-7167200700010001300009&lng=en). Acesso em: 18 out. 2014.
- ALVES, L. P. Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Orgs.) **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 7.ed. Joinville: Ed. UNIVILLE, 2007.
- ALVES, R. **Conversas com quem gosta de ensinar**. São Paulo: Cortez, 1980.
- \_\_\_\_\_. **Mestres e cozinheiros. Estórias de quem gosta de ensinar**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 1988.
- \_\_\_\_\_. **A alegria de ensinar**. 3. ed. São Paulo: Ars Poetica, 1994.
- \_\_\_\_\_. **O amor que acende a lua**. 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2003.
- AMORETTI, R. A. Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, maio/ago. p. 136-146, 2005. Disponível em: <[http://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105\\_01.pdf](http://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2015.
- ANASTASIOU, L. G. C. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Orgs.) **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 7. ed. Joinville: Ed. UNIVILLE, 2007. p. 15-43.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Orgs.) **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 5. ed. Joinville: Univille, 2005. p. 67-100. Disponível em: <[http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/124590/mod\\_resource/content/1/Txt%2B13\\_Anastasiou\\_estrategias%20de%20ensino.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/124590/mod_resource/content/1/Txt%2B13_Anastasiou_estrategias%20de%20ensino.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2014.
- ARROYO, M. G. **Ofício de mestre: imagens e auto-imagens**. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, fev., p.139-154, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>>. Acesso em: 23 out. 2015

BEHRENS, M. A. **Paradigma da complexidade – metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BIREAUD, A. **Os métodos pedagógicos no ensino superior**. Tradução Irene lima Mendes. Porto: LDA, 1995.

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 134, n. 248, p. 27833-841, 23 dez. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm)>. Acesso em: 10 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 4, de 07 de novembro de 2001. Instituiu as diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação de medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde) Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Lei 10.681/04, de 14 de abril de 2004. Instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 15 abr. 2004, p. 3. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2010.861-2004](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.861-2004)>. Acesso em: 05 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_projeto\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf)>. Acesso em 20 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação de medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>>. Acesso em: 07 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos - dois anos**: mais saúde para os brasileiros Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<[http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro\\_2\\_Anos\\_Mais\\_Medicos\\_Ministerio\\_da\\_Saude\\_2015.pdf](http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2015.

BRITO, M.R. F. O SINAES e o ENADE: da concepção à implantação. **Revista Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v.13, n.3, p. 841-850, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aval/v13n3/14.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.187-193, jan./mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0048.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica - Diretrizes. **Cadernos ABEM**, v. 3, p. 5, out. 2007. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/texto\\_12.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/texto_12.pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultura, 1982..

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CHARLOT, B. Desafios da educação na contemporaneidade: reflexões de um pesquisador: depoimento. [julho, 2009] São Paulo: **Educação e Pesquisa**, v. 36, n. especial, p.147-161, 2010. Entrevista concedida a Teresa C. Rego e Lúcia E. N. Bruno. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v36nspea12.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, v.12, n.24, p.125-140, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/09.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **I ENCM 2014: Brasil multiplica número de escolas médicas e a qualidade no atendimento é ameaçada**. 20 mar. 2014, p.1. Disponível em: <

<[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24570%3Abrazil-multiplica-numero-de-escolas-medicas-e-a-qualidade-no-atendimento-e-ameacada&catid=3%3Aportal&Itemid=1](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24570%3Abrazil-multiplica-numero-de-escolas-medicas-e-a-qualidade-no-atendimento-e-ameacada&catid=3%3Aportal&Itemid=1)>. Acesso em: 28 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **Portal do CFM: No Brasil, número de escolas privadas de Medicina cresce duas vezes mais rápido que o de cursos públicos**. 25 ago. 2015. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25689:2015-08-25-12-24-42&catid=3:portal](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25689:2015-08-25-12-24-42&catid=3:portal)>. Brasília – DF. Acesso em: 28 set. 2015.

CORRÊA, B. R.P. G.; BEHRENS, M. A. Ser professor: teoria e prática numa nova visão paradigmática. In: FERREIRA, J. L. (Org.). **Formação de professores: teoria e prática pedagógica**. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 51-72

COTTRELL, S. et al. Clinical Training: a generalizability study of student ratings in Logbooks to assess the educational process of clinical learning medicine. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 85, n. 7, p.1237-1241, July 2010. Disponível em: <<http://journals.lww.com/>

academicmedicine/Abstract/2010/07000/A\_Generalizability\_Study\_of\_Student\_Ratings\_in.31.aspxAcademic Medicine>. Acesso em: 07 jun. 2014.

CREMESP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: CREMESP: CFM, 2013. v.2.

Disponível em:

<[http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil\\_vol2.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf)>.

Acesso em: 03 jul. 2015.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Orgs.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2011. p. 24-25.

CUNHA, F. Assistência à saúde: uma revisão crítica. **Rev. Assoc. Med. Brasil.**, São Paulo v.45, n.4, p. 312-316., set./dez.,1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n4/45n4a05.pdf>. Acesso em 16 out. 2015.

CUNHA, M. I. **Inovações pedagógicas**: o desafio da reconfiguração de saberes na docência universitária. São Paulo: USP, 2008. (Cadernos Pedagogia Universitária).

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun., 2004.

DUARTE, N. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. **Revista Brasileira de Educação**, n. 18, p.35-40, set./out./nov., 2001. Disponível em:

<[http://anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE18/RBDE18\\_05\\_NEWTON\\_DUARTE.pdf](http://anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE18/RBDE18_05_NEWTON_DUARTE.pdf)>.

Acesso em: 28 out. 2015.

EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. p. 25-49.

ELLIOT, J. Recolocando a pesquisa-ação em seu lugar original e próprio. In: GERARDI, C. M. C. et al. (Orgs.). **Cartografias do trabalho docente**: professor (a)-pesquisador(a). Campinas: Mercado de Letras, 1998. p.137-152.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. **Educar**, Curitiba, n. 16, p. 181-191, 2000.

ENQUITA, M. **A face oculta da escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FÁVERO, M. L. A. A universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/er/n28/a03n28.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

FERNÁNDEZ, A. **O saber em jogo**: a psicoterapia propiciando autorias de pensamento. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FERREIRA, S. Dois anos do Programa Mais Médicos. É para comemorar? **Portal do CFM**. 28 set. 2015. Disponível em:

<[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25764:2015-09-29-14-25-54&catid=46:artigos&Itemid=18](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25764:2015-09-29-14-25-54&catid=46:artigos&Itemid=18)>. Acesso em: 23 out. 2015

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um encontro com a pedagogia do oprimido;** 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GALLI, A. Argentina: transformación curricular. **Educación Médica y Salud**, v.23, n.4, p. 344-353, out./dez.1989. Disponível em: <<http://www.saidem.org.ar/docs/Textos/Galli%20A.%201989%20Argentina.%20Tran sformacion%20curricular.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

GEBRAN, R.A. A identidade de um bom professor: o ser e o fazer. **Didática**, São Paulo, v.31, p.29- 45, 1996.

GONSAGA, R. A. T. **Logbook e controle de tutoria no Internato de Medicina**. Catanduva: Faculdades Integradas Padre Albino, 2013. Disponível em: <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/pdf/logbook.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2014.

GONÇALVES, M. C. N.; BELLODI, P. L. Ser mentor em medicina: uma visão arquetípica das motivações e transformações na jornada. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.41, p.501-514, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n41/aop2512.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

GUSMAN, A. B. et al. **Portfólio: conceito e construção**. Instituto de Formação de Educadores da Universidade de Uberaba, 2002. 9 p. Disponível em: <[http://www.uniube.br/bibliotecanovo/udi/rondon/arquivos/portfolio\\_biblioteca\\_uniube .pdf](http://www.uniube.br/bibliotecanovo/udi/rondon/arquivos/portfolio_biblioteca_uniube .pdf)> Acesso em: 06 jul. 2014.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec, 2002.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LÓPES NOGUERO, F. **Metodologia participativa em la enseñanza universitária**. Madrid: Marcea, 2007.

LOWN, B. **A arte perdida de curar**. 1998. São Paulo: Peirópolis, 1998.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, J. L.; NUNES, R. Tradição e fundamentos éticos hipocráticos aplicáveis à terminalidade da vida. **Revista bioética**. (Impr.). Brasília, v. 22, n.3, p. 448-455, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223027>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

MARTINS, L. A. N. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Rev. Bras. Clín. Terap.**, n. 20, p. 355-64, 1991.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.33-58.



MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p.621-626, mar. 2012.

MIRANDA, M.G.; RESENDE, A.C.A. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 33, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n33/a11v1133.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2015.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA I. B. Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A.B. **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.13-34. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000156&pid=S0034-7167201200030000500003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000156&pid=S0034-7167201200030000500003&lng=en)>. Acesso em: 25 jan. 2015.

MOURA, D. M. Políticas Públicas Educacionais PROUNI e FIES: democratização do acesso ao ensino superior. In: Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea da UNISC, 2014. Santa Cruz do Sul, RS. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2014. p. 1-16. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidssp/article/view/11804/1647>>. Acesso em: 04 out. 15.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S.M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 280 -286, abr./jun., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2.pdf>>. Acesso em 22 jul. 2015.

NAVARRO DA CRUZ, E. M. T. A formação do médico: algumas reflexões. **Arquivos Ciência Saúde**, São José do Rio Preto, v.1, n.1, p. 53-54, jan./mar. 2004.

NÓVOA, A. **Os professores e sua formação**. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

NUNAN, D. Action research in language education. In: EDGE, J.; RICHARDS, K. (Ed.). **Teachers develop teachers research. Papers on classroom research and teacher development**. Oxford: Heinemann, 1993. p. 41.

OKANE, E. S. H.; TAKAHASHI, R. T. O estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional em enfermagem. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.40, n. 2, p.160-169, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/02.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.35, n.1, p. 26–36, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a05v35n1.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

OS CAMINHOS da educação médica. **Rev. Associação Médica Brasileira**, v.50, n. 3, p. 229-230, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302004000300001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300001)>. Acesso em: 18 jul. 2014.

- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.4, p. 492–499, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2014.
- PIMENTA, T. S. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11 (supl. 1), p.67-92, 2004. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/hcms/v11s1/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/hcms/v11s1/03.pdf)>. Acesso em: 8 maio 2015.
- PIMENTEL, M. G. **O professor em construção**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1994.
- PORTAL ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Comparativo população x médicos / escolas x população / n. de vagas x população dos estados e cidades onde existem escolas médicas, com porcentual (2015)**. Disponível em: <[http://www.escolasmedicas.com.br/news\\_det.php?cod=2053](http://www.escolasmedicas.com.br/news_det.php?cod=2053)>. Acesso em: 28 maio 2015.
- QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.1, p. 7-14, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/02.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.11, p.107-116, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v6n11/07.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.
- RAYS, O. A. A Relação teoria-prática na didática escolar crítica. In: VEIGA, I. P. A. (Org.). **Didática: o ensino e suas relações**. 16. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2010. p. 33-52.
- REBOLLO, R. A. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45-82, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ss/article/view/11067>>. Acesso em: 02 fev. 2015.
- REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- RUAH, C. Página do Colégio da Especialidade de ORL da Ordem dos Médicos. **Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**, v.46, n.4 p.27, dez. 2008. Disponível em: <<file:///F:/ARTIGOS%20%20E%20TEXTOS%20SSERTA%C3%87%C3%83O/logboo%20carlos%20ruah420-841-1-SM.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2015.
- RUIZ, R. A. Tecnologia, conhecimento e docência. In: GEBRAN, R. A. (Org.). **Ação docente no cotidiano da sala de aula: práticas e alternativas pedagógicas**. São Paulo: Arte e Ciência, 2009. p.11-24.
- SABER, M.; SABERI FIROUZI, M.; AZIZI, F. The Logbook effect on clinical learning of interns in internal ward rotation in Shiraz University of Medical Sciences. **Journal of Medicine Education, Summer & Fall.**, v. 12, n. 3/4, p.62-66, 2008. Disponível em: <<http://www.journals.sbmu.ac.ir/index.php/jme/article/viewFile/1140/1123>>. Acesso: 07 jun. 2014.
- SANTOS, B. S. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 23, p. 137-202, 2005. Disponível em: <<http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC23/23-Boaventura.pdf>>. Acesso em: 21. jun. 2015.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2015**. Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2015. Disponível em: <[http://www.flip3d.com.br/web/temp\\_site/edicao-c6a01432c8138d46ba39957a8250e](http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-c6a01432c8138d46ba39957a8250e)

027.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SILVA, J. G. **Educação médica: construindo a professoralidade**. 2003. 157f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP.

SOARES, S.R.; CUNHA, M.I. **Formação do professor: a docência universitária em busca de legitimidade**. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/cb/pdf/soares-9788523209032.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2015.

SOUTO, B.G.A. Prefácio. In: VEIGA, I. P. A. (Org.). **Formação médica: Aprendizagem Baseada em Problemas**. Campinas, SP: Papyrus, 2015, p.11-12.

SOUZA, A. N. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p.87-96, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7027.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis: Vozes, 2002.

TRONCON, L. E. A. Avaliação de habilidades clínicas: os métodos tradicionais e o modelo "OSCE". **Olho Mágico**, v. 8, n. 1, jan./abr. 2001.

TSUJI, H.; AGUILAR-DA-SILVA, R.H. **Aprender e ensinar na escola vestida de branco: do modelo biomédico ao humanístico**. São Paulo: Phorte, 2010.

UNESCO. **Educação de qualidade, equidade e desenvolvimento sustentável: uma concepção holística inspirada nas quatro conferências mundiais sobre educação organizadas pela UNESCO em 2008-2009**, nov. 2008 Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001818/181864por.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente (Famepp)**. Presidente Prudente: UNOESTE, 2014.

VASCONCELLOS, C. S. Metodologia dialética em sala de aula. **Revista de Educação AEC.**, Brasília, v. 21, n. 83, abr./jun.1994. Disponível em: <<file:///C:/Users/Ana%20Teresa/Downloads/met-dialt-em-sa-aec.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

VEIGA, I. P. A.; SILVA (Orgs.). **Formação médica e Aprendizagem Baseada em Problemas**. Campinas, SP: Papyrus, 2015.

ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZABALZA, M. A. **Diários de aula: contributo para o estudo dos dilemas práticos dos professores**. Portugal: Porto, 1994.

\_\_\_\_\_. **O ensino Universitário:** seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA: O LOGBOOK COMO INSTRUMENTO DE ENSINAGEM		Parte I
Data: ___/___/___	Nome: _____	
QUESTÕES	<p><b>1. Idade:</b> _____</p> <p><b>2. Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino</p> <p><b>3. Cidade de Origem:</b> _____</p> <p><b>4. Qual a sua renda per capita familiar?</b></p> <p>( ) até 02 salários mínimos;</p> <p>( ) + 02 a 4 salários mínimos;</p> <p>( ) + 05 a 10 salários mínimos;</p> <p>( ) + 10 a 20 salários mínimos;</p> <p>( ) mais de 20 salários mínimos.</p> <p><b>5. Experiência universitária anterior:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>6. Experiência profissional anterior</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>7. Experiência anteriores com metodologias ativas de aprendizagem:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>8. Possui Plano de Saúde:</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>9. Utilização do SUS:</b></p> <p>( ) Sim, sempre que necessita;</p> <p>( ) Sim, raramente em situações de emergência;</p> <p>( ) Não, quando preciso pago pelo atendimento.</p>	

**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA: O LOGBOOK COMO INSTRUMENTO DE ENSINAGEM****Parte I**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

**10. Qual a sua visão do Curso de Medicina da UNOESTE nas seguintes dimensões?****Infraestrutura:** Excelente;  Boa;  Regular;  Ruim  Outra resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Coordenação do Curso:** Excelente;  Boa;  Regular;  Ruim  Outra resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Docentes do Curso:** Excelente;  Boa;  Regular;  Ruim  Outra resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Suporte teórico:** Excelente;  Boa;  Regular;  Ruim  Outra resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. O que o motivou para estudar medicina?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. Identifique a alternativa que mais retrate o modo como vem ocorrendo o ensino teórico prático durante o Curso de Medicina da UNOESTE:** Até o momento tenho percebido uma boa conexão em teoria e prática, com o suporte teórico sendo usado de forma a alicerçar as ações práticas; Até o momento a teoria tem sido desenvolvida desconectada da prática de forma mais frequente, porém há momentos de integração pontuais entre as duas dimensões; Até o momento o ensino se mostra fragmentado com a teoria e prática acontecendo de forma desconectada na maior parte das Unidades de Aprendizagem; Outra resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13. Em sua opinião, o seu curso prepara o discente para uma prática humanizada dentro de uma abordagem integral (biopsicossocial) em saúde:** Acontece em todas as disciplinas do Curso; Acontece na maioria das disciplinas do Curso; O ensino se mostra fragmentado com a teoria e prática acontecendo de forma desconectada; Outra resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA: O LOGBOOK COMO INSTRUMENTO DE ENSINAGEM****Parte I**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

**14. Em relação à Metodologia de Ensino e de Aprendizagem utilizada assinale com nº de 01 a 11 os itens abaixo de acordo com o procedimento mais utilizado, sendo o nº 01 o procedimento mais frequente:**

- ( ) Aula expositiva c/ auxílio de giz e quadro negro, com enfoque na transmissão do conhecimento;
- ( ) Aula expositiva c/ auxílio de recursos de multimídia, com enfoque na transmissão do conhecimento;
- ( ) Aula expositiva c/ auxílio de giz e quadro negro, porém com um viés de maior contextualização entre a teoria e a prática;
- ( ) Aula expositiva c/ auxílio de recursos de multimídia, porém com um viés de maior contextualização entre a teoria e a prática;
- ( ) Aulas práticas de laboratório;
- ( ) Aulas práticas de clínica / estágios supervisionados;
- ( ) Apresentação de seminário;
- ( ) Estudos individuais de textos, casos e / ou leituras fílmicas;
- ( ) Trabalhos grupais sobre textos, estudo de casos ou situações problemas extraídos da realidade e / ou leituras fílmica;
- ( ) Discussão / debates em classe sobre textos, estudo de casos ou situações problemas extraídos da realidade e / ou leituras fílmica;
- ( ) Construção de Portfólio;
- ( ) Construção de *Logbook*.
- ( ) Outra resposta: \_\_\_\_\_

**15. Em relação às Práticas Avaliativas assinale com números de 01 a 09 os itens abaixo de acordo com o procedimento mais utilizado, sendo o nº 01 o procedimento mais frequente:**

- ( ) Prova escrita de múltipla escolha;
- ( ) Prova escrita com predominância de questões discursivas;
- ( ) Prova prática com situações simuladas;
- ( ) Prova oral;
- ( ) Apresentação de Seminários temáticos;
- ( ) Avaliação de trabalhos escritos grupais / individuais;
- ( ) Avaliação de produções registradas em Portfólio;
- ( ) Avaliação da construção e produção final de tarefas registradas em *Logbook*;
- ( ) Outra resposta: \_\_\_\_\_

**16. Em sua opinião, qual é o perfil de formação do Curso de Medicina da UNOESTE:**

- ( ) Há uma maior preocupação em formar médicos com conhecimentos técnico e científicos, dentro de uma lógica da especialidade muito condizente com o mercado privado de saúde;
- ( ) Embora a preocupação técnica e científica seja preponderante, já se vislumbra uma preocupação com a formação ética e humanista do futuro médico, mas ainda dentro de uma lógica muito especializada muito condizente com o mercado privado de saúde;
- ( ) Há uma preocupação com a técnica e a ciência, mas dentro de uma lógica mais generalista e muito atrelada à formação ética e humanística sólida, com responsabilidade social, capacidade crítica e compromisso com a cidadania e que responda às demandas principalmente do sistema público de saúde.
- ( ) Outra resposta: \_\_\_\_\_



## QUESTIONÁRIO DE PESQUISA: O LOGBOOK COMO INSTRUMENTO DE ENSINAGEM

## Parte II

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

QUESTÕES

17. O *Logbook* permitiu que você correlacionasse a teoria com a prática?

( ) sim ( ) não ( ) às vezes

18. Identifique a teoria a que se refere cada atividade prática do *Logbook*?

Atividade 1 : \_\_\_\_\_

Atividade 2 : \_\_\_\_\_

Atividade 3 : \_\_\_\_\_

Atividade 4 : \_\_\_\_\_

Atividade 5 : \_\_\_\_\_

Atividade 6 : \_\_\_\_\_

Atividade 7 : \_\_\_\_\_

19. Aponte os elementos mais significativos no desenvolvimento do *Logbook*?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Aponte as fragilidades que você encontrou no desenvolvimento do *Logbook*?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE PESQUISA: O LOGBOOK COMO INSTRUMENTO DE ENSINAGEM

## Parte II

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome:

QUESTÕES

21. O que lhe causou desconforto durante a construção do *Logbook*?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

22. Como você avalia o papel do docente mediador na estratégia de ensinagem?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

23. Como você avalia a estrutura / formato desta estratégia de ensinagem?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA: O LOGBOOK COMO INSTRUMENTO DE ENSINAGEM****Parte II**

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

**QUESTÕES****24. Como você avalia a dinâmica de desenvolvimento desta estratégia de ensinagem?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**25. Como você avalia a sua participação durante a construção deste instrumento?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**26. Que contribuições o *Logbook* trouxe para o seu aprendizado?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado discente,

Tem o presente termo a finalidade de convidá-lo para participar da pesquisa intitulada “**O Logbook como Estratégia de Ensino**” que tem como objetivo geral analisar a significação do *logbook* como estratégia de ensino, buscando caracterizar os seus princípios constitutivos, as suas potencialidades e fragilidades dentro da lógica do discente e do docente mediador do processo, que é o pesquisador em questão e as dificuldades enfrentadas na sua implantação/execução.

A referida pesquisa faz parte de um projeto de mestrado elaborado no Programa de Mestrado em Educação da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), pela acadêmica **Ana Teresa Silva Maia de Araújo** (RA: 62141099-3) sob a orientação da professora **Dra. Raimunda Abou Gebran**.

A sua participação é voluntária, assim sendo, você poderá se recusar a participar e terá liberdade para se assim o desejar, solicitar que seja desconsiderada a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a pessoa.

O desenvolvimento dessa pesquisa observará os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade e em hipótese alguma gerará efeitos na sua vida acadêmica no sentido avaliativo, o que lhe dará liberdade para exercer a sua participação responsável, no sentido de ser o mais fielmente coerente com seus pensamentos nas suas respostas para que os resultados da pesquisa possam realmente refletir as impressões da aplicação do referido instrumento nas práticas pedagógicas universitárias.

Consentindo em participar você estará permitindo apenas que o seu *Logbook* de realizações seja analisado pelo pesquisador dentro dos enfoques dessa pesquisa e responderá a um questionário composto de duas partes que serão aplicadas em momentos diferentes, durante o seu estágio no PAI 2. A primeira parte conterà questões que permitam traçar o perfil do aluno participante e a segunda trará questões que registrem as suas manifestações a respeito do *Logbook* como Estratégia de Ensino.

Será respeitado o sigilo quanto à confidencialidade dos dados coletados que serão utilizados apenas com propósitos científicos, cabendo apenas à pesquisadora e à sua orientadora o acesso a essas informações, resguardando o anonimato dos participantes ao

publicar os resultados dessa pesquisa em eventos científicos, periódicos ou livros relacionados a área da educação e enquanto participante você poderá receber os resultados da pesquisa assim que a mesma for publicada.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto imediato, principalmente em termos financeiros, porque a sua participação não será paga e nem cobrada, entretanto, esperando que este estudo revele informações relevantes para subsidiar o uso desse instrumento como estratégia de ensinagem, o conhecimento que será produzido a partir dele pode desencadear reflexões e debates, para quem sabe, gerar efeitos positivos no processo de ensino e de aprendizagem universitária e você como participante desse processo, terá então obtido o seu benefício pessoal, de ter exercitado a sua cidadania, contribuindo para a melhoria da sociedade em que vivemos.

Desde já, agradeço a sua contribuição para o meu construto profissional e coloco-me a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida sobre a presente pesquisa através do telefone (18) 981350953 ou pelo e-mail: [anateresasauade@ig.com.br](mailto:anateresasauade@ig.com.br) e, se necessário através do telefone da orientadora da pesquisa Dra. Raimunda Abou Gebran pelo telefone (18) 3229-2077 ou pelo e-mail: [ragebran@hotmail.com](mailto:ragebran@hotmail.com) ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNOESTE pelo telefone (18) 3229-2077. e-mail [cep@unoeste.br](mailto:cep@unoeste.br)

Após estes esclarecimentos, se não tiver mais nenhuma dúvida a respeito, por favor preencha, por favor, os itens que se seguem:

### Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo. Confiro ainda que recebi cópia deste termo de consentimento.

Presidente Prudente, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0 \_\_\_\_.

Nome do Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

RG ou CPF do Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### MODELO DO LOGBOOK

1

**LOGBOOK: ESTRATÉGIA DE ENSINAGEM**

**CURSO DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL  
UNIDADE DE APRENDIZAGEM: PAI 2  
ESTÁGIO: ESF**

Foto 3X4

Aluno: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / 2.0

Termo: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Docente Mediadora: Ana Teresa S. Maia Araújo

0800-771-5533—www.unoeste.br

**UNOESTE**  
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA  
PRESIDENTE PRUDENTE - SP

3

**Logbook: conceito adaptado**

Livro de registro de dados que inclui outros tipos de informação; na Saúde pode ser usado como um livro de registro de experiência clínica, de orientação objetiva de atividades, de reflexão de experiências e de documentação de aprendizagem.

**Logbook: finalidade**

Nortear momentos de aprendizagem mútua. Oportunidade para que o discente revele sua criatividade, criticidade, capacidade de resolução de problemas e de trabalho cooperativo pela multiplicidade de atividades propostas e de praticar a correlação entre conteúdos teóricos e práticos.

**Logbook: caracterização**

É um recurso pedagógico multifacetado, com momentos de portfólio e de estudo dirigido, com 07 atividades organizadas pelo docente com objetivos específicos (04 coletivas e 03 individuais) para serem construídas pelos alunos sob a mediação docente.

Contém atividades cognitivas de correlação de ideias (estudo de caso, autorreflexão sobre trajetória de vida, abstração para situações práticas a partir de letra de música) e atividades de contextualização / atribuição de significados (construção de projeto terapêutico singular com propostas de ações para um usuário na lógica da Clínica Ampliada em Saúde, visitas domiciliares, comparação entre teoria/prática da ESF e Rede do SUS).

**Logbook: operacionalização**

**1º encontro:** explicação e esclarecimento de dúvidas sobre do processo de construção, início da exploração de atividades;

**2º encontro:** exploração das produções iniciais, com participação ativa de todos os alunos:

- ❖ exposição dos resultados pelos grupos de alunos;
- ❖ conceituações e correlações de conteúdos a partir dos achados dos alunos;
- ❖ esclarecimentos de dúvidas e elaboração de novas indagações;
- ❖ questionamentos sobre aprendizado significativo.

**Será dado novo prazo para que os alunos entreguem as produções finais**

0800-771-5533—www.unoeste.br

**UNOESTE**  
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA  
PRESIDENTE PRUDENTE - SP

## LOGBOOK: desenvolvimento

5

### 1ª ATIVIDADE: BREVE RELATÓRIO DA TRAJETÓRIA DO ALUNO

(Colocar em poucas linhas a idade, o local de origem, as experiências anteriores de formação e trabalho, a motivação para a decisão de cursar medicina, a área de atuação pretendida e 02 (duas) qualidades que possui que podem ajudá-lo no seu desenvolvimento profissional).

**OBJETIVO:** Reflexão sobre a motivação para o exercício da medicina e valorização das potencialidades para o exercício da profissão.

---



---



---



---



---

### 2ª ATIVIDADE: CITE 05 CARACTERÍSTICAS QUE DEVERIAM PERMEAR UM CUIDADO EM SAÚDE?

**OBJETIVO:** Reflexão ampliada sobre o cuidado em saúde.

---



---



---



---

## LOGBOOK: desenvolvimento

7

### 3ª ATIVIDADE: PESQUISAR NA ESF AS INFORMAÇÕES ABAIXO E VERIFICAR SE AS MESMAS ATENDEM AS DIRETRIZES CONSTANTES NA PORTARIA 2488/11 - M.S.

**OBJETIVO:** Reflexão sobre a dinâmica de trabalho e organização da ESF.

- **NOME DA ESF:** \_\_\_\_\_
- **Nº PESSOAS CADASTRADAS:** \_\_\_\_\_
- **Nº DE CONSULTAS REALIZADAS POR DIA (MÉDIA):** \_\_\_\_\_
- **COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- **Nº DE VISITAS REALIZADAS POR ACSs (MÉDIA DIÁRIA):** \_\_\_\_\_
- **COMO É FEITA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS FAMÍLIAS?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- **SISTEMÁTICA DAS VISITAS DOMICILIARES DO MÉDICO:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9

## LOGBOOK: desenvolvimento

- **COMO É A ESTRUTURA FÍSICA DA UBSF?**  


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---
- **COMO É A SISTEMÁTICA DOS TRABALHOS DE GRUPO NA ESF?**  


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---
- **A ESF ATENDE AS DIRETRIZES DA PORTARIA 2488/11-MS, POR QUÊ ?**  


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

0800-771 5533—www.unoeste.br

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA  
**Unoeste**  
PRESIDENTE PRUDENTE - SP

11

## LOGBOOK: desenvolvimento

- **4ª ATIVIDADE: REALIZAR A LEITURA DA SITUAÇÃO PROBLEMA ABAIXO RELACIONADA E DESENVOLVER OS QUESTIONAMENTOS SOBRE OS ELEMENTOS NORTEADORES DO CASO (OBS: SITUAÇÃO PROBLEMA RETIRADA DO CURSO DE GESTÃO DA CLÍNICA DO IEP DO SIRIO-LIBANÊS).**
- **OBJETIVO:** Análise crítico-reflexiva sobre um caso clínico dentro da sistemática da Clínica Ampliada

**CASO : "A Família de Henrique"**

- Durante uma visita domiciliar à família de Henrique, o qual está em acompanhamento na UBS devido à diabetes insulino-dependente e retardo mental grave, depois de alguma conversa, dona Rita convida Cláudio (médico da equipe) e Nêta (ACS) para tomar um café. A mesa está servida. Henrique senta-se à mesa e rapidamente devora vários pedaços de bolo e toma um copo cheio de café.
- **Cláudio:** Dona Rita, a senhora que fez esse bolo, ele levou bastante açúcar não foi? E o café que eu estou tomando está bem docinho, a senhora já faz ele com açúcar ou a senhora faz sem doce e coloca doce depois? O Henrique toma é deste café?
- **Dona Rita:** Não, eu faço o café já com açúcar, fica melhor! Café feito sem açúcar é muito ruim, depois não acha o ponto.
- **Cláudio:** E o Henrique, toma deste café ou a senhora faz separado pra ele?
- **Dona Rita:** Toma deste mesmo, todo mundo toma deste.
- Cláudio muda de assunto, vai ver o Sr. Antonio, esposo de Dona Rita, idoso e que está iniciando quadro de demência senil. Depois de algum tempo, dona Rita chama Cláudio:
- **Dona Rita:** Olha doutor, deixa eu te contar uma coisa: quando esse menino nem era nascido (aponta para o Henrique), antes dele nascer, eu tive outro filho. Quando ele tinha 4 anos, teve uma doença no fígado, ficou muito amarelo, muito doente, e o médico falou que ele não podia comer nada, tinha que ficar de jejum, só podia tomar um caldo de franguinho que eu fazia, fervendo o frango com o ossinho, para dar de sustança. Não comia mais nada. E ele ficava com fome, me pedia comida, e eu não podia dar. Um dia fui ao médico e falei pra ele, doutor, deixa eu dar um pouquinho de comida pra ele, tô morrendo de dó do menino. Mas o doutor disse que não podia, que ia fazer mal, pra dar só o caldinho. Teve uma hora que o menino me viu fazendo o arroz e levando a panela pra lavar e me pediu, mãe, deixa eu só rapar a panela... Você tem filho, doutor? Pois é doutor! Meu filhinho morreu me pedindo de comer e eu não dei. Você tem filhos doutor, você entende. Todos os dias da minha vida eu vejo meu filhinho me pedindo comida e eu não dando, e ele morrendo na minha mão me pedindo comida e eu não dei. Sabe doutor, eu não vou perder mais um filho me pedindo comida e eu não dando, eu não vou negar comida ao Henrique.

0800-771 5533—www.unoeste.br

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA  
**Unoeste**  
PRESIDENTE PRUDENTE - SP



## LOGBOOK: desenvolvimento

13

- **1. NA SUA OPINIÃO QUAIS FORAM AS PRINCIPAIS FALHAS NO ATENDIMENTO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A SITUAÇÃO VIVENCIADA NO CASO?**

---



---



---

- **2. HAVIA LONGITUDINALIDADE NO ATENDIMENTO PRESTADO? POR QUE?**

---



---



---

- **3. HAVIA INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO PRESTADO? POR QUE?**

---



---



---

## LOGBOOK: desenvolvimento

15

- **4. QUE TIPO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE ESTIVERAM ENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO PRESTADO ATÉ ENTÃO PARA O CASO ESCOLHIDO?**

---



---



---

- **5. COMO O USO DA TECNOLOGIA LEVE PODERIA CONTRIBUIR (OU CONTRIBUIU) PARA A RESOLUÇÃO DO CASO?**

---



---



---

- **6. QUE INSTRUMENTOS DA CLÍNICA AMPLIADA PODERIAM AJUDAR NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO PARA ESTE CASO?**

---



---



---





<b>10. AVALIAÇÃO DAS VULNERABILIDADES / RISCOS (CLASSIFICAÇÃO DO RISCO FAMILIAR NA ESCALA DE COELHO)</b>		
DADOS DA FICHA A	ESCORE	ASSINALE COM X
ACAMADO	3	
DEFICIÊNCIA FÍSICA	3	
DEFICIÊNCIA MENTAL	3	
BAIXAS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO	3	
DESNUTRICÃO GRAVE	3	
DESEMPREGO	2	
DROGADIÇÃO	2	
ANALFABETISMO	2	
MENOR DE 6 MESES	1	
MAIOR DE 70 ANOS	1	
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	1	
DIABETES MELLITUS	1	
RELAÇÃO MORADOR/CÔMODO	SE MAIOR QUE 1	3
	SE IGUAL A 1	2
	SE MENOR QUE 1	0
<b>TOTAL</b>		

<b>11. OUTRAS VULNERABILIDADES</b>

<b>12. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO DO CASO (NEGOCIAÇÃO ENTRE EQUIPE E ENTRE EQUIPE E USUÁRIO)</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>

<b>13. DEFINIÇÃO DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA PARA O CASO</b>

<b>14. DEFINIÇÃO DE PERIODICIDADE DE REAVALIAÇÕES DO CASO</b>

**6ª ATIVIDADE: REALIZAR UMA ENTREVISTA COM A MÉDICA E / OU ENFERMEIRA DA ESF E VERIFICAR COMO É A ARTICULAÇÃO ENTRE A ESF E OS DEMAIS SERVIÇOS QUE COMPÕEM A REDE REGIONALIZADA DO SUS**

**OBJETIVO:** Análise crítico-reflexiva do funcionamento da rede de serviços do SUS

**1. ANOTAR SE A FICHA DE ENCAMINHAMENTO (GUIA DE REFERÊNCIA) ESTÁ SENDO ADEQUADAMENTE PREENCHIDA**

(NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES); DATA DE NASC., SEXO, NOME DA MÃE, ENDEREÇO DO PACIENTE E IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (ENDEREÇO E TELEFONE), MUNICÍPIO DE ORIGEM, ESPECIALIDADE AGENDADA, DIAGNÓSTICO OU HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, RESUMO / EVOLUÇÃO DO CASO, EXAMES JÁ REALIZADOS (DATAS E RESULTADOS), ASSINATURA, CARIMBO E CRM DO MÉDICO, LOCAL PARA ONDE ESTÁ SENDO ENCAMINHADO, ESPECIALIDADE AGENDADA, DATA E HORÁRIO AGENDAMENTO.

---



---



---

**2. ANOTAR SE A FICHA DE RETORNO (GUIA DE CONTRA - REFERÊNCIA) ESTÁ SENDO DEVOLVIDA PARA A ESF E SE ELA ESTÁ ADEQUADAMENTE PREENCHIDA**

(ALÉM DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE ESPECIALIZADA E DO USUÁRIO, ELA DEVERÁ CONTER AS SEGUINTE ANOTAÇÕES: RESUMO DO CASO; EXAMES REALIZADOS (DATAS E RESULTADOS); CONDUTAS ESTABELECIDAS, DÉSTINO: RETORNO À UNIDADE DE ORIGEM OU TRATAMENTO INTERNO C/ RETORNO AO AMBULATÓRIO OU ALTA MÉDICA; MÉDICO RESPONSÁVEL: ASSINATURA, CARIMBO E CRM.

---



---



---

**3. ANOTAR SE OS PACIENTES QUE RETORNAM DA ALTA HOSPITALAR ESTÃO RETORNANDO COM RESUMO DE ALTA ESTRUTURADA COM O ENVIO DAS SEGUINTE INFORMAÇÕES ÀS EQUIPES DE SAÚDE:** DIAGNÓSTICOS DO PACIENTE; EVOLUÇÃO CLÍNICA OCORRIDA NO HOSPITAL; SINAIS DE ALERTA NO PACIENTE; PRINCÍPIOS GERAIS DO FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS ( SE HOUVER); MEDICAMENTOS EM USO; CUIDADOS EM GERAL (HIGIENE, ALIMENTAÇÃO, TROCA DE CURATIVO / RETIRADA DE PONTOS SE HOUVER, ASPIRAÇÃO S/N, PREVENÇÃO DE ESCARAS SE ACAMADO E CUIDADOS NA MOBILIZAÇÃO); PROCURA AO SISTEMA DE SAÚDE (RETORNOS NECESSÁRIOS). SE ENCONTRAR UMA FICHA COM RESUMO DA ALTA, ANEXAR CÓPIA NO LOGBOOK.

---



---



---

**4. BASEADO NAS RESPOSTAS ANTERIORES, O SISTEMA DE SAÚDE TEM FUNCIONADO COMO UMA REDE DE SERVIÇOS ARTICULADA E INTEGRADA? HÁ ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS HOSPITALAR E O AMBULATORIAL (ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA)?**

---



---



---



---





**AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA QUANTO AOS PONTOS DE APRENDIZAGEM, TIPOS DE COLABORAÇÃO FORMATIVA UTILIZADA PELO DOCENTE MEDIADOR E PARTICIPAÇÃO PESSOAL.**

<b>1. Descreva os principais pontos discutidos que contribuíram para seu aprendizado:</b>	<b>2. Tipos de colaboração formativa utilizada (relacionar todas as formas de contribuição dadas pelo tutor no processo de aprendizado)</b>
<b>3. Como você avalia a sua participação nas discussões em classe e construção do <i>Logbook</i>?</b>	