

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”  
Faculdade de Filosofia e Ciências – *Campus* de Marília/SP  
Programa de Pós-Graduação em Educação**



**RODOLFO DE OLIVEIRA MEDEIROS**

**UMA HISTÓRIA DO ENSINO E DA APRENDIZAGEM DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA - NA FORMAÇÃO MÉDICA E DE  
ENFERMAGEM**

**MARÍLIA/SP**

**2025**

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”  
Faculdade de Filosofia e Ciências – *Campus* de Marília/SP  
Programa de Pós-Graduação em Educação**



**RODOLFO DE OLIVEIRA MEDEIROS**

**UMA HISTÓRIA DO ENSINO E DA APRENDIZAGEM DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA - NA FORMAÇÃO MÉDICA E DE  
ENFERMAGEM**

Tese de DOUTORADO apresentada  
à banca examinadora, como  
requisito para obtenção do título de  
DOUTOR em Educação. Programa  
de Pós-Graduação em Educação –  
PPGE, da Faculdade de Filosofia e  
Ciências – FFC- UNESP/Marília.

**MARÍLIA**

**2025**

M488h

Medeiros, Rodolfo de Oliveira

UMA HISTÓRIA DO ENSINO E DA APRENDIZAGEM DA  
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA - NA  
FORMAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM / Rodolfo de Oliveira

Medeiros. -- , 2025

233 p. : il., tabs., fotos

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),  
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília,  
Orientadora: Rosane Michelli de Castro

1. Educação. 2. História da Educação. 3. Cursos médicos. 4.  
História do ensino. 5. História cultural. I. Título.

MEDEIROS, RODOLFO DE OLIVEIRA. **Uma história do ensino e da aprendizagem da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA - na formação médica e de enfermagem.** 233p. Tese (DOUTORADO em Educação). PPGE-UNESP/FFC-Marília, Marília, 2025. Orientadora: Profa. Dra. Rosane Michelli de Castro.

## **BANCA EXAMINADORA**

---

### **Titular 1**

**Orientadora: Profª Dra. Rosane Michelli de Castro**  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
FFC- UNESP

---

### **Titular 2**

**Profª Dra. Elza de Fátima Ribeiro Higa**  
Departamento de Enfermagem  
Faculdade de Medicina de Marília- FAMEMA

---

### **Titular 3**

**Dra. Giza Guimarães Pereira Sales**  
Programa de Mestrado Profissional em Educação  
Centro Universitário Adventista de São Paulo- UNASP

---

### **Titular 4**

**Profª Dra. Angélica Pall Oriani**  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
FFC- UNESP

---

### **Titular 5**

**Profª Dra. Aline de Novaes Conceição**  
Programa de Mestrado Profissional em Educação Inclusiva  
PROFEI- UNESP

### **Dedicatória**

Ao Dr. Roberto Reis de Oliveira, o filho de ouro.  
Você está em cada conquista. Jamais me esquecerei das últimas palavras que ouvi quando o vi pela última vez:

“ A Educação é o caminho pra mudar o mundo”.

Beto, você enxergava a educação como uma das ferramentas mais valiosas para mudar cenários e contextos incomprensíveis. Levarei sua visão sempre comigo.

Saudades, para sempre.

À Amanda, minha melhor amiga, de janeiro a janeiro, amor da minha vida.

Ao Matheus e ao Gabriel, futuros doutores com capacidade para mudar mundo.

À Deus, que com apenas uma palavra, fez tudo isso acontecer.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha esposa, Amanda, por estar sempre ao meu lado, desde quando eu “ainda não era”. Cada palavra, cada abraço, cada oração foram fundamentais para que isso – parte do nosso projeto – se cumprisse. Você entende o quão importante é essa conquista. Obrigado por acreditar e por nunca duvidar. Por mais que eu seja no trabalho, na rua, com os alunos e com os colegas de trabalho, minha melhor versão sempre será para você. Isso é só o começo em nossas vidas e em nossa família. Eu te amo, até depois do fim. O cordão de três dobras nunca rompe. Tudo será sempre por vocês.

Ao Matheus e ao Gabriel, filhos muito amados, que desde muito novos se acostumaram a ver um Pai estudar, trabalhar e sempre acreditar. Vocês terão condições para fazer coisas ainda maiores nesse mundo. Eu amo vocês.

À minha mãe, Marlene, que nunca me deixou, nem no sol, nem na chuva, que mesmo em momentos difíceis, talvez pelo instinto de mãe (ou mesmo pela fé), dizia “Eu acredito”. Minhas memórias sempre permanecerão intactas. Muito obrigado, mãe. A promessa de Deus em minha vida se iniciou através da sua.

Ao meu irmão, Rômulo, que assim como a minha mãe, sempre esteve ao meu lado, torcendo pelo meu sucesso. Isso é família, não é? Ao meu pai, Medeiros, que também vivenciou experiências acadêmicas e sabe o tamanho desta conquista.

À toda minha família, em especial, à Bel, Márcia, ao Marco, ao Juba e ao Sérginho, tias, tio e primo mais chegado que irmão, pessoas que têm um significado imensurável em minha vida. Como é feliz o homem que tem uma família.

À Dra. Aline Noli e a toda a sua família, que participaram de minha trajetória acadêmica desde a graduação. Obrigado pela nossa amizade, como é bom ter vocês. Há amigos que são tão chegados como irmãos.

Ao Enfº Me. Luiz Fernando Fregatto, por enxergar em mim o potencial que eu pedia apenas em oração, homem bom, temente a Deus e exemplo de pai e marido.

Ao Enfº Wellington Rossi, por me ensinar coisas indispensáveis na vida profissional, uma pessoa a quem levarei comigo onde eu for, pois a gratidão precede a honra.

À Enfª Aline, por estender a mão a mim em minha primeira experiência profissional. Como disse, a gratidão precede a honra.

À Dra. Márcia Renata, pela importância acadêmica em minha vida. Fazer-me pensar fez toda a diferença em minha trajetória.

À Dra. Elza Higa, professora amada, a qual tive o privilégio de tê-la como tutora durante a graduação, e orientadora durante os anos de mestrado acadêmico. Atualmente, tenho a honra de continuar a trajetória acadêmica, aprendendo todos os dias, de forma direta, a praticar os quatro pilares da educação no mundo.

À Dra. Rosane, por tudo e por tanto. Uma oração respondida após meses e noites. Como disse, basta uma palavra. E em uma tarde de sexta-feira, após um café com bolo de laranja da Dra. Dolores no intervalo da disciplina de Didática no mestrado, Deus mudou a minha vida ao conhecê-la de verdade. Agradeço a Deus pelo privilégio imensurável em tê-la em minha vida. Um ser humano que se resume em amor, em amar, em dar o seu melhor, em acreditar que “todo mundo sabe tudo”, cada um segundo a sua singularidade. Um ser humano que, sem dúvidas, tem a marca da promessa do Senhor. Minha oração é que Deus permita que caminhemos juntos por décadas, até depois do fim.

Ao Tio Zézinho e à tia Cida, por serem tão importantes durante essa trajetória. Deus levanta homens e mulheres para edificarem propósitos nesta terra. Olhando pra eles, não tenho dúvidas disso.

À UNIMAR, instituição a qual pertenço, por me proporcionar condições para desenvolver o meu melhor, e principalmente por acreditar em meu trabalho. Ao Dr. Carlos Bueno e à Dra. Laís, pelas importantes experiências acadêmicas e profissionais.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, que foi essencial para minha manutenção em eventos, aquisição de livros, viagens e despesas diversas que a pesquisa requer.

À Deus, por permitir e garantir que esse sonho se tornasse realidade. “Onde você estava quando eu criei o mundo?” Essa foi uma das vezes que ouvi sua voz, Senhor. Foi a única vez em que tive dúvidas se conseguiria, antes mesmo de iniciar o mestrado, e ali, no pátio, você garantiu que, além do mestrado, o doutorado já estava escrito. Como é bom ser seu amigo. Como é bom ser seu filho. Como é bom ter a consciência que o Senhor é o dono do mundo, que o Senhor estabelece decretos e também os revoga. Como é bom saber que eu só dependo do Senhor. Glória a Deus. Eu te sinto, Senhor. Eu te enxergo, Senhor. Muito obrigado, por tanto. Que o Senhor multiplique tudo isso em minha família e na vida dos meus filhos.

Muitos agradecimentos em pouco espaço, para uma conquista expressiva e muito desejada. Amo ser professor. Amo aprender e ensinar na escola vestida de branco. Acredito na educação. Acredito que o aluno, independente de sua cultura ou visão de mundo, pode e merece oportunidades. Foi assim comigo. O muro do conhecimento não pode ser construído por apenas um sujeito. Seguirei em frente. Deus me garante que posso. Isso é só o começo, Amém.

“Quando você passar pelas águas, eu estarei com você; quando passar pelos rios, eles não o encobrirão; quando passar pelo fogo, você não se queimará; as chamas não o deixarão em brasas” Isaías 43:2

Que Deus proteja a todos nós.

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1- Repartição Cultural para o desenvolvimento da Pesquisa .....                                                                                                                    | 30  |
| Quadro 2- Relação das frentes eleitas para avaliação do Projeto UNI .....                                                                                                                 | 40  |
| Quadro 3- Relação dos Docentes localizados a partir de suas produções relacionados ao processo de mudança do método de ensino na FAMEMA, segundo nome, titulação e área de formação ..... | 53  |
| Quadro 4- Relação dos elementos do núcleo de apoio à academia .....                                                                                                                       | 117 |
| Quadro 5: Ações Educacionais e suas características .....                                                                                                                                 | 180 |
| Quadro 6: Componentes interativos do método clínico centrado na pessoa .....                                                                                                              | 206 |

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Estrutura curricular da FAMEMA, 1992 .....                                                           | 32 |
| Figura 2: Caracterização da estrutura física e dos recursos humanos dos complexos hospitalares da FAMEMA ..... | 33 |
| Figura 3: Primeiros investimentos financeiros do Projeto UNI- Marília .....                                    | 33 |
| Figura 4: Fonte Documental Fundação Kellogg UNI-Marília .....                                                  | 34 |
| Figura 5: Fonte Documental Projeto de Estadualização FAMEMA .....                                              | 35 |
| Figura 6: Relatório de avaliação 1º ano, 1994 .....                                                            | 35 |
| Figura 7: Proposta de oficinas de territorialização nas UBS .....                                              | 36 |
| Figura 8: Atividades e previsão de gastos, 2º ano, Projeto UNI-Marília .....                                   | 37 |
| Figura 9: Cronograma de atividades do 2º ano, Projeto UNI-Marília .....                                        | 38 |
| Figura 10: Fonte Documental Programação 2º ano, Projeto UNI-Marília .....                                      | 39 |
| Figura 11: Planilha de atividades docentes realizadas nas UBS .....                                            | 40 |
| Figura 12: Fonte Documental Relatório do 2º ano de avaliação, 1994 .....                                       | 41 |
| Figura 13: Propostas de atividades do Curso de formação e liderança estudantil .....                           | 42 |
| Figura 14: Propostas de capacitação Projeto UNI- Marília .....                                                 | 43 |
| Figura 15: Fonte Documental, avaliação de Cluster .....                                                        | 44 |
| Figura 16: Semana padrão do curso de Medicina, 1996 .....                                                      | 44 |
| Figura 17: Novo prédio da biblioteca da FAMEMA, 1996 .....                                                     | 46 |
| Figura 18: Sumário dos trabalhos apresentados nos Anais UNI, 1996 .....                                        | 46 |
| Figura 19: Projeto Gharea .....                                                                                | 47 |
| Figura 20: Interrelações entre o curso de Medicina da FAMEMA e a comunidade .....                              | 48 |
| Figura 21: Feira de exposição de órgãos humanos, FAMEMA, 1997 .....                                            | 48 |
| Figura 22: Plenária de moradores com membros da FAMEMA.....                                                    | 49 |
| Figura 23: Semana Padrão, curso de Medicina. FAMEMA, 1997.....                                                 | 50 |
| Figura 24: Tese de doutorado, Padilha .....                                                                    | 53 |
| Figura 25: Indicadores de internações ao fim da década de 90- Marília/SP.....                                  | 54 |
| Figura 26: Tese de Doutorado, Lima, 2000 .....                                                                 | 55 |
| Figura 27: Relação entre a formação médica e o currículo.....                                                  | 56 |
| Figura 28: Tese de doutorado, Rezende .....                                                                    | 57 |
| Figura 29: Estrutura organizacional do 1º ano do Projeto UNI-Marília .....                                     | 57 |
| Figura 30: Tese de Doutorado, Braccialli .....                                                                 | 58 |
| Figura 31: Ferramenta de avaliação do desempenho do estudante .....                                            | 60 |
| Figura 32: Tese de Doutorado, Pio .....                                                                        | 61 |
| Figura 33: Dissertação de Mestrado, Nunes .....                                                                | 63 |
| Figura 34: Conferência sobre o papel feminino na luta social pela terra .....                                  | 66 |
| Figura 35: Apoio para Políticas Públicas LGBTQIAPN+ .....                                                      | 66 |
| Figura 36: Manifestação no pátio da FAMEMA .....                                                               | 67 |
| Figura 37: Ala B- Clínica Médica do Hospital das Clínicas, 1974 .....                                          | 70 |
| Figura 38: Fachada do Hospital das Clínicas de Marília, 1974 .....                                             | 71 |
| Figura 39: Formandos da 7ª turma do curso de Medicina, 1978 .....                                              | 71 |
| Figura 40: Corpo clínico do Hospital das Clínicas de Marília, 1978 .....                                       | 72 |
| Figura 41: Hospital Municipal de Marília, 1995 .....                                                           | 73 |
| Figura 42: Formandos do curso de Medicina, 1983 .....                                                          | 74 |
| Figura 43: Fonte Iconográfica, Turma XXVII- Aula de Propedêutica Médica .....                                  | 84 |
| Figura 44: Fonte Iconográfica, recibo de matrícula 1993 .....                                                  | 85 |
| Figura 45: Turma XXV de Medicina em frente ao Hospital das Clínicas .....                                      | 86 |
| Figura 46: Jornal União e a relação entre o Projeto UNI-Marília e a comunidade .....                           | 90 |
| Figura 47: Reunião entre o Grupo Operativo e a Comunidade .....                                                | 91 |
| Figura 48: Jornal da Manhã, revisão curricular .....                                                           | 98 |

|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 49: Oficina de capacitação nos serviços de saúde, 1995 .....                                                                                         | 98  |
| Figura 50: Nova Biblioteca da FAMEMA com novos computadores .....                                                                                           | 100 |
| Figura 51: Jornal Medicina de Marília .....                                                                                                                 | 108 |
| Figura 52: Reunião Projeto UNI, Temuco (Chile) e Monterrey (México), 1995 .....                                                                             | 109 |
| Figura 53: Fonte Documental, Oficina de Avaliação do Projeto UNI-Marília .....                                                                              | 110 |
| Figura 54: Oficina de Avaliação do Projeto UNI-Marília .....                                                                                                | 110 |
| Figura 55: Capacitação pedagógica sobre o PBL, 1995 .....                                                                                                   | 113 |
| Figura 56: Capacitação pedagógica sobre o PBL, 1995 .....                                                                                                   | 113 |
| Figura 57: Semana padrão do curso de Medicina, 1996 .....                                                                                                   | 120 |
| Figura 58: Encontro para capacitação de docentes no método PBL .....                                                                                        | 121 |
| Figura 59: Movimentos por uma saúde de qualidade, 1997 .....                                                                                                | 123 |
| Figura 60: Jornal Medicina de Marília .....                                                                                                                 | 124 |
| Figura 61: Feira de Saúde, 1996 .....                                                                                                                       | 125 |
| Figura 62: Semana Padrão, curso de Medicina. FAMEMA, 1997 .....                                                                                             | 128 |
| Figura 63: Primeiro grupo de tutoria na metodologia PBL da história da FAMEMA. ....                                                                         | 129 |
| Figura 64: Primeira turma do PBL- Curso de Medicina e Enfermagem, 1997 .....                                                                                | 130 |
| Figura 65: Jornal da Manhã- Vestibular FAMEMA, 1997 .....                                                                                                   | 131 |
| Figura 66: Turma de Enfermagem que vivenciou a transição do método tradicional para as metodologias ativas, 1997 .....                                      | 132 |
| Figura 67: Turma de Medicina que vivenciou a transição do método tradicional para as metodologias ativas, 1997 .....                                        | 132 |
| Figura 68: Professores do curso de Enfermagem que vivenciaram a transição do método tradicional par as metodologias ativas, em confraternização, 1997 ..... | 133 |
| Figura 69: Representação da semana padrão do curso de Medicina da FAMEMA ....                                                                               | 152 |
| Figura 70: Semana padrão da 3ª série do curso de Medicina- FAMEMA .....                                                                                     | 166 |
| Figura 71: Os Operários. Tarsila do Amaral (1993) .....                                                                                                     | 176 |
| Figura 72: Recorte da Matriz Curricular do curso de Enfermagem da FAMEMA ....                                                                               | 178 |
| Figura 73: Arco de Maguerez .....                                                                                                                           | 193 |
| Figura 74: Compreensão integrada no MCCP .....                                                                                                              | 201 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

|               |                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>PBL</b>    | Problem-Based Learning                                                |
| <b>FUMES</b>  | Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília                      |
| <b>ABP</b>    | Aprendizagem Baseada em Problemas                                     |
| <b>LDB</b>    | Lei de Diretrizes e Bases                                             |
| <b>HCM</b>    | Hospital das Clínicas de Marília                                      |
| <b>HMM</b>    | Hospital da Mulher de Marília                                         |
| <b>UBS</b>    | Unidade Básica de Saúde                                               |
| <b>ABNT</b>   | Associação Brasileira de Normas Técnicas                              |
| <b>INAMPS</b> | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social        |
| <b>SUS</b>    | Sistema Único de Saúde                                                |
| <b>UPP</b>    | Unidade Prática Profissional                                          |
| <b>UEE</b>    | Unidade Educacional Eletiva                                           |
| <b>LPP</b>    | Laboratório de Prática Profissional                                   |
| <b>UES</b>    | Unidade Educacional Sistematizada                                     |
| <b>DACA</b>   | Diretório Acadêmico Christiano Altenfelder                            |
| <b>DRS</b>    | Departamento Regional de Saúde                                        |
| <b>MEC</b>    | Ministério da Educação e Cultura                                      |
| <b>EMA</b>    | Educação Médica nas Américas                                          |
| <b>CINAEM</b> | Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas |
| <b>CEDEM</b>  | Colegiado Estadual das Escolas Médicas                                |
| <b>APP</b>    | Apoio a Prática Profissional                                          |
| <b>EAC</b>    | Exercício de Avaliação Cognitiva                                      |
| <b>TCC</b>    | Trabalho de Conclusão de Curso                                        |
| <b>TBL</b>    | Team-Based Learning                                                   |
| <b>MCCP</b>   | Método Clínico Centrado na Pessoa                                     |

MEDEIROS, RODOLFO DE OLIVEIRA. **Uma história do ensino e da aprendizagem da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA - na formação médica e de enfermagem.** 233p. Tese (DOUTORADO em Educação). PPGE-UNESP/FFC-Marília, Marília, 2025. Orientadora: Profa. Dra. Rosane Michelli de Castro.

## RESUMO

Trata-se de tese decorrente de pesquisa de doutorado, fundamentada nos pressupostos de análise da História Cultural e da História Oral, com o objetivo central de identificar, analisar e interpretar aspectos da trajetória histórica do ensino nos cursos médicos, Medicina e Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, entre 1967 e 1997. A hipótese norteadora da pesquisa é a de que o ensino médico em vários momentos da trajetória histórica dos cursos ofertados pela FAMEMA foi pautado pela ênfase técnica em seus processos, em consonância com a formação de profissionais em atenção integral à saúde no Brasil. No entanto, o ápice de seus processos formativos teria sido a década de 1990, correspondente a criação do SUS, Sistema Único de Saúde, mediante a Lei nº 8080, assinada em 19/9/1990, e à implantação de um novo currículo mínimo do curso de Enfermagem e de reformulação do modelo educacional do curso de Medicina, como mencionado. Isso porque, com o SUS, a ideia fundante foi de busca e garantia “de acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país [...] um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.” Nesse sentido, a trajetória histórica do ensino nos cursos médicos da FAMEMA, centralmente entre 1967 e 1997, teria, portanto, contribuído para um perfil específico de formação de seus egressos, atrelado ao campo da pesquisa, em busca de reflexões sobre e soluções científicas para questões da saúde da população brasileira, ressaltando os aspectos humanos da formação médica, incluindo, sobretudo, as preocupações com os aspectos didático-pedagógicos para uma formação médica ampla e integral. Os documentos que compõem o *corpus* da investigação, base da estrutura da investigação, foram localizados no acervo local da FAMEMA, relacionados ao funcionamento dos seus cursos. Nesse sentido, procedeu-se à articulação da temática numa perspectiva plural, com os elementos de documentos legais e de documentos produzidos na e pela instituição. Tratou-se de uma pesquisa histórica, quanto à abordagem, e documental quanto às fontes. Ao final, foi possível compreender que a FAMEMA vivenciou momentos de intensos debates políticos e questionamentos sobre as estratégias de ensino e aprendizagem, caminhando como uma via de mão dupla com as necessidades dos estudantes, a partir do contexto e realidade local das épocas em que ocorriam os marcos históricos. Nesse sentido, foi necessário mudanças paradigmáticas, como a adoção de metodologias de ensino e aprendizagem e da perspectiva da Medicina Centrada na Pessoa, perspectivas essas para um ensino médico no Brasil, segundo a premissa de “abertura de muros para a comunidade”, e na valorização da participação social no processo de planejamento e organização do sistema e do cuidado em saúde, com o Sistema Único de Saúde – SUS.

**Palavras-chave:** Educação. História da Educação. História das instituições educativas. História do Ensino. História Cultural. Cursos médicos.

## Área e Subárea de conhecimento:

Humanas: 7.00.00.00-0. **Educação: 7.08.99.00-2.** Fundamentos da Educação: 7.08.01.00-2

**MEDEIROS, RODOLFO DE OLIVEIRA. A history of teaching and learning at the Faculty of Medicine of Marília - FAMEMA - in medical and nursing education.**

**ABSTRACT**

This is a thesis resulting from doctoral research, based on the assumptions of analysis of Cultural History and Oral History, with the main objective of identifying, analyzing and interpreting aspects of the historical trajectory of teaching in the medical courses, Medicine and Nursing, of the Faculty of Medicine of Marília – FAMEMA, between 1967 and 1997. The guiding hypothesis of the research is that medical education at various times in the historical trajectory of the courses offered by FAMEMA was guided by the technical emphasis on its processes, in line with the training of professionals in comprehensive health care in Brazil. However, the apex of their training processes would have been the 1990s, corresponding to the creation of the SUS, Unified Health System, through Law No. 8080, signed on 9/19/1990, and the implementation of a new minimum curriculum for the Nursing course and the reformulation of the educational model of the Medicine course, as mentioned. This is because, with the SUS, the founding idea was to seek and guarantee "full, universal and free access for the entire population of the country [...] a right of all Brazilians, from pregnancy and throughout life, with a focus on health with quality of life, aiming at prevention and health promotion." In this sense, the historical trajectory of teaching in FAMEMA's medical courses, centrally between 1967 and 1997, would have, therefore, contributed to a specific profile of training of its graduates, linked to the field of research, in search of reflections on and scientific solutions to health issues of the Brazilian population, emphasizing the human aspects of medical training, including, above all, the concerns with the didactic-pedagogical aspects for a broad and comprehensive medical education. The documents that make up the corpus of the investigation, the basis of the structure of the investigation, were located in the local collection of FAMEMA, related to the functioning of its courses. In this sense, the theme was articulated in a plural perspective, with the elements of legal documents and documents produced in and by the institution. It was a historical research, in terms of approach, and documentary research in terms of sources. In the end, it was possible to understand that FAMEMA experienced moments of intense political debates and questions about teaching and learning strategies, walking as a two-way street with the needs of students, from the context and local reality of the times in which the historical milestones occurred. In this sense, paradigmatic changes were necessary, such as the adoption of teaching and learning methodologies and the perspective of Person-Centered Medicine, perspectives for medical education in Brazil, according to the premise of "opening walls for the community", and valuing social participation in the process of planning and organizing the system and health care, with the Unified Health System – SUS.

**Keywords:** Education. História da Educação. História das instituições educativas. History of Teaching. Cultural History. Medical courses.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                                                                                                                                          | 12  |
| 2 REPARTIÇÃO CULTURAL PARA UMA HISTÓRIA DOS CURSOS DA FAMEMA .....                                                                                          | 27  |
| 2.1 DOCUMENTOS DA "CAIXA 1": Uma história baseada em relatórios .....                                                                                       | 32  |
| 2.2 TESES e DISSERTAÇÕES - 2º conjunto de fontes .....                                                                                                      | 51  |
| 3 OS CURSOS DE FORMAÇÃO DAS ÁREAS MÉDICAS NA FAMEMA E A "ABERTURA DOS SEUS MUROS" À COMUNIDADE .....                                                        | 68  |
| 3.1 A FAMEMA em seus aspectos históricos gerais .....                                                                                                       | 69  |
| 3.2 A Estadualização da faculdade, a partir de 1992 .....                                                                                                   | 77  |
| 3.2.1 Alguns aspectos que caracterizam a história da FAMEMA, segundo o movimento de estadualização da FAMEMA .....                                          | 78  |
| 3.2.3 Proposta organizacional para estadualização da FAMEMA.....                                                                                            | 81  |
| 3.2.4 Memórias dos sujeitos que vivenciaram o movimento de estadualização da FAMEMA .....                                                                   | 82  |
| 3.2.5 Integração e avaliação .....                                                                                                                          | 86  |
| 4 O PROJETO UNI-MARÍLIA E A MUDANÇA DE PARADIGMAS NOS CONTEXTOS METODOLÓGICOS E DE ENSINO E APRENDIZAGEM NA FAMEMA: O INÍCIO DE UM NOVO TEMPO .....         | 89  |
| 4.1 Projeto UNI- Marília: Os primeiros relatórios .....                                                                                                     | 89  |
| 4.2 O primeiro relatório de avaliação do Projeto UNI-Marília .....                                                                                          | 93  |
| 4.3 Propostas organizacionais para o 2º ano do Projeto UNI-Marília .....                                                                                    | 101 |
| 4.4 Aspectos identificados na avaliação do Projeto UNI-Marília nas UBS's .....                                                                              | 102 |
| 4.5 O Projeto UNI-Marília- Curso de Formação e Liderança Estudantil.....                                                                                    | 103 |
| 4.6 Relatório de avaliação do 2º ano do Projeto UNI-Marília .....                                                                                           | 106 |
| 4.7 Relatório de avaliação do Projeto UNI-Marília-1995.....                                                                                                 | 114 |
| 4.8 Apropriação e capacitação dos docentes da FAMEMA no PBL.....                                                                                            | 118 |
| 4.9 Fase de consolidação do Projeto UNI-Marília.....                                                                                                        | 122 |
| 4.10 O processo de implementação dos novos currículos nos cursos de Medicina e Enfermagem e a integração ensino, serviço e comunidade .....                 | 125 |
| 4.11 A criação do Projeto FAMEMA 2000 .....                                                                                                                 | 127 |
| 5 O PROCESSO DE MUDANÇA CURRICULAR NOS CURSOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM DA FAMEMA: PIONEIRISMO E REVOLUÇÃO EDUCACIONAL NO ENSINO EM SAÚDE CONTEMPORÂNEO..... | 135 |
| 5.1 Pressupostos que nortearam o processo de mudança nas estruturas curriculares dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA .....                        | 135 |
| 5.2 Breve contextualização histórica do processo de mudança curricular dos cursos da FAMEMA .....                                                           | 137 |
| 5.3 O movimento de reforma curricular do curso de Medicina da FAMEMA .....                                                                                  | 141 |
| 5.4 A construção do Currículo integrado .....                                                                                                               | 144 |
| 5.5 Aspectos gerais do atual currículo do curso de Medicina .....                                                                                           | 148 |
| 5.6 Organização geral da 1ª série do curso de Medicina .....                                                                                                | 152 |
| 5.7 Unidade Prática Profissional (UPP) .....                                                                                                                | 157 |
| 5.8 Cenário real de prática .....                                                                                                                           | 157 |

|                                                                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.9 Cenário Simulado- Laboratório de Prática Profissional 1 (LPP 1) .....                                                                                                             | 158 |
| 5.10 Cenário Simulado- Apoio a Prática Profissional 1 (APP1) .....                                                                                                                    | 158 |
| 5.11 Organização geral da 2ª série do curso de Medicina .....                                                                                                                         | 159 |
| 5.11.1 A UPP e o Ciclo Pedagógico .....                                                                                                                                               | 159 |
| 5.11.2 Portfólio Reflexivo .....                                                                                                                                                      | 163 |
| 5.11.3 Cenário simulado de aprendizagem .....                                                                                                                                         | 163 |
| 5.11.4 Avaliação .....                                                                                                                                                                | 164 |
| 5.11.5 Unidade Educacional Sistematizada .....                                                                                                                                        | 164 |
| 5.11.6 Organização geral da 3ª série do curso de Medicina .....                                                                                                                       | 166 |
| 5.11.7 Organização geral da 4ª série do curso de Medicina .....                                                                                                                       | 167 |
| 5.12 Organização geral da 5ª e 6ª série do curso de Medicina .....                                                                                                                    | 168 |
| 5.13 O movimento de mudança curricular do curso de Enfermagem da FAMEMA e aspectos gerais do atual currículo .....                                                                    | 171 |
| 5.13.1 A 3ª série do curso de Enfermagem .....                                                                                                                                        | 172 |
| 5.13.2 Organização da UPP 3 da 3ª série do curso de Enfermagem .....                                                                                                                  | 175 |
| 5.14.1 Unidade Educacional Eletiva .....                                                                                                                                              | 181 |
| <br>6 AS METODOLOGIAS DE APRENDIZAGEM ATIVA NO ENSINO EM SAÚDE DA FAMEMA E A PERSPECTIVA DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: CONTRIBUIÇÕES PARA SE PENSAR O ENSINO MÉDICO NO BRASIL ..... | 182 |
| 6.1 O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) .....                                                                                                                                  | 200 |
| <br>7 CONCLUSÕES .....                                                                                                                                                                | 213 |
| <br>8 REFERÊNCIAS .....                                                                                                                                                               | 218 |

## 1 INTRODUÇÃO

Neste texto, apresento os resultados das investigações cujo objeto — o ensino nos cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), entre 1967 e 1997 — constituiu parte da formação do profissional que me reconheço hoje.

Após a conclusão do Ensino Médio, escolhi a área da Enfermagem como profissão. Passados alguns anos, iniciei o curso de Enfermagem em nível superior, sempre em busca do aperfeiçoamento no cuidado humano e integral, pilares estruturantes no que tange aos princípios do Sistema Único de Saúde (Carvalho, 2013). Iniciei o curso em uma faculdade que utiliza metodologias ativas de ensino e aprendizagem, pautadas nos pressupostos piagetianos, segundo os quais, apesar de a aprendizagem ocorrer como resultado das relações sociais, o aluno é instigado a buscar respostas a partir do seu próprio conhecimento (Azenha, 2006). Trata-se da metodologia *Problem-Based Learning* (PBL).

Nessa abordagem, defende-se que o professor atue como facilitador e o estudante como sujeito ativo do processo de aprendizagem, adquirindo a capacidade de gerenciar a autoaprendizagem, aprender a pensar criticamente, reconhecer lacunas no conhecimento, formular perguntas e buscar informações necessárias para solucioná-las (Tsuji; Aguilar-da-Silva, 2010; Siqueira-Batista, 2009). A partir desse método, surgem outras abordagens didáticas, sendo a mais comum a “Aprendizagem Baseada em Problemas”, fundamentada nos pressupostos da Teoria da Indagação, de John Dewey. Para Dewey, a aprendizagem parte de situações-problema que despertam dúvidas e promovem movimentos de descoberta, reflexão, experimentação e aprendizagem (Marin *et al.*, 2010).

Nessa etapa formativa, durante as aulas, observava atentamente a forma como os docentes atuavam frente aos discentes: o domínio do conhecimento, o diálogo, a dinâmica de grupo, os laços afetivos, entre outras características. Após alguns meses de curso, optei por seguir a carreira docente, ao observar uma assistência tão fragilizada na saúde, atrelada a conflitos, outrora essenciais.

Considerando como condição humana para se viver em sociedade a comunicação, o respeito à opinião e à diversidade de públicos atendidos, tanto no sistema de saúde como no próprio ambiente acadêmico, compreendi que a forma mais pertinente para se fazer a diferença seria dentro da sala de aula, por meio da carreira docente. Cheguei a essa conclusão, compreendendo que, na sala de aula, é possível

oferecer condições/ações intencionais, a fim de contribuir com a sociedade, formando profissionais com apropriação de conceitos e, ao encontro de Delors (2003), em condições para aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, aspectos fundamentais para a produção e circulação do conhecimento, e que podem contribuir para que o profissional em formação inicial se torne um sujeito crítico, reflexivo e apto a situar-se nas múltiplas situações e, sendo necessário, resolver problemas, considerando a sociedade contemporânea como um meio em que se almeja esse perfil pessoal e profissional (Siqueira-Batista, 2009).

Ao término do curso de graduação em Enfermagem, realizei contato com uma docente da faculdade, que exerce também o papel de orientadora de mestrado. O curso de mestrado acadêmico “Saúde e Envelhecimento”, voltado para a área interdisciplinar, tem como objetivo a formação para a docência e pesquisa, voltada para os processos biológicos, epidemiológicos e sociais. Após as etapas do processo seletivo, minha aproximação com o objeto a ser pesquisado intensificou-se mediante a atuação dos docentes no curso de mestrado.

Em uma das disciplinas do programa, Didática, ocorreu um segundo marcador importante em minha trajetória. Nessa disciplina, trabalhamos a prática pedagógica como objetivo da Didática, quando foi possível me aproximar de diferentes ofertas educacionais, com possibilidade de se repensar o ensino de forma eficiente, com contribuição e resultados significativos, a depender dos alunos, do conteúdo, da organização das atividades/tempos/espacos e da função humana e social do conhecimento a ser ofertado. Em uma das atividades, me apropriei da estratégia de Aula Expositiva Dialógica, que até então não conhecia. A contribuição na construção de minha identidade de futuro docente, até então, foi imensurável. A aula expositiva dialógica consiste em uma estratégia que busca estimular o pensamento crítico do aluno, dando-lhe uma dimensão dialógica entre aluno e professor, em que, a partir do diálogo, é possível estabelecer troca de experiências (Lopes, 2008). Observei muitas semelhanças com as estratégias de metodologias de aprendizagem ativa, principalmente na posição do aluno como sujeito participativo do processo de ensino e de aprendizagem.

Percebi que as chamadas metodologias de aprendizagem ativa são ferramentas importantes para o desenvolvimento discente, no entanto, é imprescindível um ensino capaz de propiciar que elas se desenvolvam. Nesse sentido, o referencial teórico se desloca das teorias psicogenéticas piagetianas para as da psicologia soviética, da escola

vigotskiana, centradas no ensino, nas ofertas para que as apropriações de conhecimento possam levar ao máximo desenvolvimento humano. Compreendi que são necessárias várias ofertas didático-metodológicas, considerando as múltiplas facetas apresentadas pelo público discente nas instituições de ensino. Vigotsky (apud Rego, 2014) parte do princípio de que o homem se constitui como tal mediante suas relações sociais, portanto, é visto como alguém que se transforma e é transformado nas relações produzidas em uma determinada cultura, porém, sempre mediado por um parceiro mais experiente. A educação é um fenômeno próprio dos seres humanos. Para se compreender a natureza da educação, é necessária a compreensão da natureza humana (Saviani, 2005).

Assim, passei a compreender que a base metodológica ofertada, sobretudo em metodologias ativas, centralmente no curso por mim vivenciado, mais que “instigar a busca de respostas a partir do seu próprio conhecimento”, oferece as condições necessárias para as apropriações culturais pelos educandos, mediante ações intencionais de mediadores mais experientes, assim como afirmado em Iara *et al.* (2020), que, nesses métodos, o professor assume a função de mediador experiente. Nesse sentido, ainda sem se afirmarem como tal, os teóricos das metodologias ativas e suas elaborações se aproximam mais das formulações vigotskianas que piagetianas, à medida que tais formulações ressaltam a importância do “outro” mais experiente nos processos de ensino e aprendizagem.

No decorrer da trajetória de um pesquisador, as experiências vivenciadas em seu trabalho investigativo possuem influência relevante, com potencial de transformar as mesmas em inquietações e reflexões. Neste tocante, por meio das valiosas contribuições das bancas de qualificação e defesa de minha dissertação de mestrado, foi possível refletir acerca da importância de se pesquisar e analisar de forma mais perspicaz a história da instituição FAMEMA, considerando a importância de aspectos da formação oferecida aos profissionais de saúde que correspondem aos desafios da sociedade contemporânea, evidenciada mediante pesquisas que destacam os aspectos humanos da formação médica, além dos aspectos didático-pedagógicos para uma formação médica pautada na perspectiva da integralidade do cuidado, no recorte temporal 1967-1997, aspectos esses que constituíram sua trajetória histórica nesse recorte temporal da pesquisa e que renderam aos seus cursos médicos, pioneiros em métodos de aprendizagem ativa no Brasil, relevância no cenário educacional nacional,

possibilitando aos seus profissionais a proposição de mudanças no atual contexto da saúde.

Arelado aos meses finais do mestrado acadêmico, passei a participar das reuniões do grupo de estudos e pesquisas HiDEA Brasil “História das Disciplinas Escolares e Acadêmicas no Brasil”[1]. Após a defesa de minha dissertação, ingressei como aluno regular no programa de Doutorado em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciência – FFC – UNESP de Marília, no ano de 2021, sob orientação da Profª Dra. Rosane Michelli de Castro, e me inseri no campo da pesquisa em História da Educação e, oficialmente, como membro integrante do grupo de estudos e pesquisas.

Estudos relacionados à História da Educação têm-me ofertado condições para compreender os investimentos de muitos pesquisadores nas últimas décadas, considerando que esse tipo de pesquisa permite a exploração de fenômenos educativos e suas relações com o momento histórico vivido, a instituição escolar e os sujeitos que a constituem. Nessa premissa, o contato com aspectos poucos explorados constituintes de uma história que pertence a uma instituição específica, observar detalhes de uma realidade que outrora ficará armazenada no passado, e que, no tempo presente, permanece silenciada ou até mesmo distanciada devido à falta de cultura de preservação da memória, leva o pesquisador a se deparar com uma série de elementos/preciosidades que constituíram um momento relevante da vida das pessoas, da existência de uma dada instituição e de suas influências na constituição da identidade pessoal de um determinado grupo.

Em relação ao fazer historiográfico, De Certeau (2002) o classifica como uma operação, denominada “operação historiográfica”, que se constitui a partir de três concepções: “um lugar” institucional, ou seja, a posição que o historiador ocupa no contexto socioeconômico, cultural e político, que reflete de forma direta aquele que produz história com suas próprias determinações, submetendo-se a questões intrínsecas e enraizadas, sugerindo a instauração de métodos e delineamentos para a realização da pesquisa, para o estabelecimento de limites entre o que pode e o que não pode ser dito; “técnicas e procedimentos de análise”, que consiste na análise das fontes e documentos estabelecidos para compor o corpus da pesquisa e, por fim, a “elaboração do texto”, caracterizada pela escrita propriamente dita, que seleciona, organiza e orienta o trabalho (De Certeau, 2002, p. 65).

Na área da saúde, significa pensar em uma formação docente que vá além da escola vestida de branco e busque aproximações das reais necessidades das pessoas. Nesse sentido, é necessário enfatizar que o ensino deve ser entendido também como uma prática cultural, ou seja, uma forma pela qual a sociedade transmite certos valores, normas e conhecimentos às novas gerações. Portanto, a escola não apenas ensina conteúdos propriamente escolares, mas também contribui para a construção de diferentes formas de pensar e agir (Chervel, 1990). Além disso, ainda no âmbito da formação docente no Ensino Superior em Saúde, há lacunas a serem superadas.

Nesse sentido, Gatti (2010) afirma haver uma importante desconexão na integração entre os conhecimentos teóricos e as práticas de sala de aula nos programas de formação docente, considerando ser fundamental que os futuros professores tenham experiências práticas durante sua formação, permitindo-lhes considerar os fundamentos teóricos em contextos reais, proporcionando aos alunos condições para as aprendizagens.

O distanciamento das escolas médicas das necessidades da população, refletido pela excessiva e precoce especialização médica e tecnificação do cuidado, representa uma causa importante do inadequado perfil de formação médica e seu baixo compromisso social. As escolas médicas brasileiras encontram-se em um momento delicado, entre a necessidade de mudança e as dificuldades de como realizá-las. Transformar a educação médica, visando uma mudança de qualidade, preconizando uma ótica voltada para pesquisa, requisito indispensável para sanar as inúmeras demandas do sistema de saúde, pressupõe uma decisão política dos indivíduos envolvidos no processo (Lima; Komatsu; Padilha, 2003). O pesquisador sempre escreve na verossimilhança do presente, o que faz com que a escrita histórica só seja contemporânea de si mesma (Oriani, 2017).

Nesse sentido, é pertinente a recuperação de aspectos do percurso de constituição histórica da escola de profissionais da saúde, a fim de que sejam evidenciadas as possibilidades de que, nas escolas médicas, os processos de ensino constituam-se mediante o conhecimento e suas apropriações como vias de mão dupla, considerando que se trata de espaço e tempo de professores e alunos. Além disso, o fato de a atual formação médica possuir forte tendência tecnicista pressupõe a necessidade de mudança capaz de ser impulsionada por histórias de ensino com ofertas tecnicamente competentes e com abordagem humanística, a exemplo dos ensinamentos nos cursos da FAMEMA, a qual iniciou seu funcionamento em 30 de janeiro de 1967, após ser

constituída como entidade mantenedora, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FUMES), criada por lei municipal, e, em 1997, firmou-se como instituição de referência na formação de médicos e enfermeiros no Brasil, mediante ensino segundo as metodologias ativas de aprendizagem, inicialmente a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), no curso de Medicina, e na sequência (1998) a Problemática, no curso de Enfermagem (Francischetti *et al.*, 2014), contrariamente à maioria dos ensinos médicos, ainda pautados pelo ensino caracterizado por Freire (1988) como bancário.

Assim, surgiram vários questionamentos, dentre os quais, para a elaboração do projeto de pesquisa, do qual decorreram as investigações cujos resultados ora constituem esta tese, vali-me dos seguintes: quais aspectos históricos pautaram e caracterizaram as reflexões e as ações/intencionalidades dos sujeitos para que a FAMEMA se legitimasse como instituição de ensino médico e prestadora de serviço de referência no Brasil? No âmbito metodológico, quais as intencionalidades dos mediadores mais experientes – professores/tutores, suas percepções e defesas sobre as bases norteadoras do ensino médico em vários momentos da trajetória histórica dos cursos ofertados pela FAMEMA? Quem foram/são esses sujeitos que vivenciaram tais experiências formativas? Quem foram esses alunos, suas percepções e defesas sobre as bases norteadoras do ensino médico em vários momentos da trajetória histórica dos cursos ofertados pela FAMEMA? Quais as contribuições desses cursos para a formação médica no Brasil?

A hipótese norteadora de nossa pesquisa é a de que o ensino médico em vários momentos da trajetória histórica dos cursos ofertados pela FAMEMA foi pautado pela ênfase técnica em seus processos, em consonância com a formação de profissionais em atenção integral à saúde no Brasil. No entanto, o ápice de seus processos formativos teria sido a década de 1990, correspondente à criação do SUS, Sistema Único de Saúde, mediante a Lei nº 8080, assinada em 19/9/1990, à implantação de um novo currículo mínimo do curso de Enfermagem e à reformulação do modelo educacional do curso de Medicina, como mencionado. Isso porque, com o SUS, a ideia fundante foi de busca e garantia “de acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país [...] um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. Nesse sentido, a trajetória histórica do ensino nos cursos médicos da FAMEMA, centralmente entre 1967 e 1997, teria, portanto, contribuído para um perfil específico de formação de seus egressos, atrelado ao campo da pesquisa, em busca de reflexões sobre e soluções

científicas para questões da saúde da população brasileira, ressaltando os aspectos humanos da formação médica, incluindo, sobretudo, as preocupações com os aspectos didático-pedagógicos para uma formação médica ampla e integral.

A partir da hipótese norteadora, foi possível traçar o seguinte objetivo geral: identificar, analisar e interpretar aspectos da trajetória histórica do ensino nos cursos médicos da FAMEMA, entre 1967 e 1997.

Ainda, foi possível traçar os seguintes objetivos específicos:

- Elaborar uma “nova repartição cultural” do material documental localizado, para uma história dos ensinos dos cursos médicos da FAMEMA, entre 1967 e 1997.
- Compreender aspectos identitários dos cursos de formação das áreas médicas na FAMEMA, no recorte temporal da pesquisa;
- Recuperar e analisar aspectos didático-metodológicos do ensino para a formação de profissionais da saúde na FAMEMA, segundo as metodologias ativas, mediante material documental institucional, oficial e produzido mediante relatos orais dos sujeitos envolvidos.
- Identificar e analisar aspectos das estruturas curriculares e dos espaços físicos destinados aos cursos da FAMEMA, os quais evidenciam a busca para o alcance desejado à ação dos profissionais em formação, mediante material documental institucional, oficial e do produzido mediante relatos orais dos sujeitos envolvidos.
- Analisar a bibliografia específica sobre processos de especificação de cursos da Saúde, centralmente dos cursos da FAMEMA, com as reformulações didático-pedagógicas advindas com as metodologias ativas.
- Contribuir com as reflexões sobre a formação médica na FAMEMA e no Brasil, que correspondam aos desafios da atual sociedade.
- Evidenciar possibilidades de que, nas escolas médicas, os processos de ensino constituam-se mediante o conhecimento e suas apropriações como vias de mão dupla, considerando que se trata de espaço e tempo de professores e alunos.

Norteadado pela trajetória pessoal deste pesquisador na constituição do objeto de pesquisa — a trajetória dos cursos da FAMEMA, entre 1967 e 1997 —, pela hipótese elaborada e em busca do alcance dos objetivos mencionados, pautei-me nos pressupostos materializados na “Operação historiográfica”, de De Certeau (2002), com base em um fazer e em uma escrita. Segundo esse autor, o conhecimento histórico se constitui, como mencionado, a partir da articulação entre três elementos: lugar social,

técnicas e procedimentos de pesquisa e uma forma específica de linguagem. Trata-se da articulação entre um lugar e o modo de falar, associado às técnicas de pesquisa e análise de documentos e fotos, e à constituição de uma narrativa.

Assim, para uma história do ensino dos cursos médicos na instituição FAMEMA e dos acontecimentos que compõem sua trajetória, é importante enfatizar a ideia de que as dimensões que apontam para a relação social com o tempo impactam diretamente as formas pelas quais os historiadores passaram a investigar seus objetos (Oriani, 2017).

Não se escreve uma história geral; é necessário escrever “história por história”. A história é vivida enquanto discurso. A história é um discurso sobre o outro. A história é um discurso sobre o passado. Quando apoiada em um conjunto de elementos e procedimentos de análise, a história é uma operação científica, à medida que transforma o meio. Segundo De Certeau (2002), pensar a história como prática científica do problematizar parte do próprio fazer do historiador.

As ideias de De Certeau (2002), relacionadas à história como um fazer presente que atua sobre um passado movido por leis silenciosas que organizam o discurso, criam a abertura necessária para pensar a atuação do historiador sempre em um limite. Cabe ao pesquisador dar voz ao não-dito (Campos, 2010). A propósito, compreendo que se trata de “ouvir” o não-dito, e não de “dar voz”, pois, em processos históricos investigativos, deve-se evitar qualquer possibilidade de hierarquização da fala/intencionalidade do pesquisador ou das fontes documentais oficiais sobre a narrativa dos sujeitos, uma vez que se trata de indícios de uma mesma história, porém oriundos de lugares institucionais distintos.

A trajetória mais ampla da história cultural ainda está em desenvolvimento. A escola, como organização, pode ser considerada uma cultura — uma cultura em movimento — que se desenvolve a partir da interação dos diversos sujeitos inseridos no cotidiano escolar. A abordagem ao passado oferece a possibilidade de uma contribuição indispensável à nossa visão da história como um todo. Pode ser esclarecedor revisitar os desenvolvimentos atuais (Burke, 2008).

Desse modo, a partir das ideias de De Certeau (2002), no que tange ao pesquisador e sua relação pessoal com o objeto de pesquisa, investigar processos da trajetória da história do ensino dos cursos médicos na Faculdade de Medicina de Marília pode auxiliar na compreensão do local e sua relação com a educação, principalmente quando se consideram as ações, percepções, culturas e visões de mundo dos atores envolvidos.

A historiografia articula a história e o discurso. Porém, é necessário, ao mesmo tempo, manter contato e distanciamento do objeto. Distanciamento das nossas paixões e práticas, para não comprometer a cientificidade; contato, porque fazemos parte de uma instituição e, portanto, temos autoridade — legitimada por nossas vivências e pelo conhecimento de alguns de seus aspectos constitutivos — para contar “uma história” sua. Trata-se, portanto, de uma pesquisa em História das Instituições Educativas, centrada na história da FAMEMA entre 1967 e 1997.

Observo que, à medida que a história da FAMEMA aqui proposta é marcada por elementos de sua trajetória que culminam na instauração de uma perspectiva metodológica de ensino — as metodologias ativas —, seria possível argumentar em favor de uma história dos seus ensinos, ou seja, uma história centrada nas disciplinas de seus cursos médicos. No entanto, tal perspectiva não incidiu distintamente nesta ou naquela disciplina, mas remodelou integralmente os cursos de Medicina e Enfermagem, imprimindo à FAMEMA uma identidade específica entre os cursos médicos no Brasil.

Sobre a história dessas instituições, Nosella e Buffa (2013) afirmam que não é fácil pesquisá-las, pois as investigações voltadas para a história das instituições tendem a alimentar, nos educadores e demais participantes da pesquisa, uma saudade de um passado que parece ter sido glorioso.

De forma geral, as instituições escolares constituem um espaço privilegiado da dialética educacional, estabelecendo um elo entre o particular e o geral, entre o indivíduo e a sociedade (Nosella; Buffa, 2013).

Estudos centrados na história das instituições escolares no Brasil começaram a se desenvolver por volta da década de 1990, sendo possível identificar três momentos distintos: o primeiro ocorreu entre os anos de 1950 e 1960, período que antecedeu a criação dos programas de pós-graduação. Essa época foi marcada pela promulgação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 4.024, em 1961, e pela expansão do Ensino Superior no interior do estado, com o objetivo de democratizar o ensino. Em seguida, houve a expansão dos programas de pós-graduação e, na década de 1990, a consolidação desses programas, com forte ênfase em estudos relacionados à cultura escolar, gênero, instituições escolares e práticas educativas (Nosella; Buffa, 2013). Trata-se, portanto, de estudos que remetem a momentos de uma escola em seus elementos constitutivos contemporâneos. Assim,

A cultura escolar não pode ser estudada sem a análise precisa das relações conflituosas ou pacíficas que ela mantém, a cada período da

sua história, com o conjunto das culturas que lhe são contemporâneas: cultura religiosa, cultura política ou cultura popular. Para ser breve, poder-se-ia descrever a cultura escolar como um conjunto de normas que definem conhecimentos a ensinar, além de um conjunto de práticas que permitem a transmissão desses conhecimentos e a incorporação desses comportamentos (Nozella, Buffa, 2013, p.20).

Para Magalhães (2004), a história das instituições educativas cumpre um triplo registro de conhecimento que envolve: o passado, a problematização do presente e a perspectivação do futuro. Segundo o mesmo autor, o conceito de instituição se relaciona à ideia de permanência e de sistematicidade, além da ideia de norma e de normatividade. Diante disso, destaca-se:

Genericamente, historiar uma instituição é compreender e explicar os processos e os “compromissos” sociais como condição instituinte, de regulação e de manutenção normativa, analisando os comportamentos, representações e projetos dos sujeitos na relação com a realidade material e sociocultural de contexto (Magalhães, 2004, p.58).

Para a realização de estudos voltados à história das instituições educativas, as principais fontes utilizadas são documentos oficiais de criação da instituição, documentos legislativos, registros de memória de dirigentes, professores e ex-alunos, cadernos dos alunos e a realização de entrevistas. No entanto, vale ressaltar que os documentos antigos da escola, muitas vezes, encontram-se armazenados em saletas sem condições de uso ou até mesmo em banheiros inutilizados.

Nesses estudos, o pesquisador busca recuperar, reunir e sistematizar elementos do passado a partir de uma perspectiva cultural, pautada em valores atuais, avaliando, assim, pessoas e a própria instituição. Elabora, também, uma síntese original entre o nível êmico e o nível ético, distinguindo o que pensavam e faziam as pessoas de seu tempo, do que pensam e fazem as pessoas da atualidade, criando, assim, uma nova realidade interpretativa (Nosella; Buffa, 2013).

Dessa forma, o estudo das Instituições Educativas no Brasil apresenta importante contribuição para a história da educação brasileira, ao proporcionar conhecimentos e reflexões sobre o processo evolutivo sociocultural, o edifício escolar, os alunos, professores e administradores, além de questões relacionadas aos saberes e às normas disciplinares.

O trabalho historiográfico contempla aspectos pouco conhecidos de uma realidade que, em um dado momento da história, foi carregada de significados. Diante disso, segundo Chartier (1990), ao historiador é atribuída a responsabilidade de

compreender essa realidade, a qual se manifesta “[...] em diferentes temporalidades que fazem o presente ser o que é: herança ou ruptura, invenção ou inércia ao mesmo tempo” (p. 68).

Nesse contexto, Roger Chartier, em seu livro *A história cultural: entre práticas e representações* (2002), afirma que “[...] o modo como, em diferentes lugares e momentos, uma determinada realidade social é construída, pensada, dada a ler” (p. 16). Na perspectiva da compreensão dessa realidade, existem alguns caminhos:

[...] primeiro diz respeito às classificações e divisões e delimitações que organizam a apreensão do mundo social como categorias fundamentais de percepção e de apreciação do real. Variáveis consoante as classes sociais ou meios intelectuais são produzidas pelas disposições estáveis e partilhadas, próprias do grupo. São estes esquemas intelectuais incorporados que criam as figuras graças às quais o presente pode adquirir sentido, o outro torna-se inteligível e o espaço ser decifrado (Chartier, 2002, p. 17).

Neste tocante, para a escrita desta tese, adotei, como matriz teórico-metodológico, os pressupostos de análise da História Cultural, ressaltando os procedimentos da História Oral. Tais pressupostos possuem a finalidade de compreender aspectos de uma determinada realidade, com o intuito de articular a percepção dos fatos por seus diferentes sujeitos, relacionando-os com o conjunto de documentos e bibliografia específica que tematizam ou se aproximam do objeto estudado. Trata-se de uma pesquisa histórica, quanto à abordagem, como mencionado, e documental quanto às fontes.

De forma geral, a pesquisa histórica mostra-se viável a todos os pesquisadores que estejam dispostos a recuperar no passado a forma como foram constituídos os espaços de tensões e conflitos, que é o presente no qual se busca situar (Vieira, Oto, Khoury, 2005, p.68). Nesta premissa, se faz necessário pensar a pesquisa histórica como uma experiência na qual se vive integral e socialmente, onde, nela, o pesquisador se posiciona como um sujeito ativo, seja nas opções, ou “[...] escolhendo e forjando caminhos no diálogo permanente como os sujeitos históricos envolvidos no seu objeto de estudo” (p. 68).

Os primeiros documentos a compor a estrutura da investigação que se projeta, são os documentos do acervo local da instituição FAMEMA, sobretudo os relacionados ao funcionamento dos seus cursos.

Em relação à compreensão de documentos, Le Goff (2003, p. 538) o define como “[...] uma montagem, consciente ou inconsciente, da história, da época, da

sociedade que o produziram, mas também das épocas sucessivas durante as quais continuou a viver [...]”

Por se tratar de uma história recente, compreendida entre os anos de 1967 e 1997, a maioria dos sujeitos que participaram da constituição histórica dos cursos da FAMEMA ainda se encontra vinculada à instituição. A partir disso, identifiquei sujeitos dispostos a participar da pesquisa, por meio de relatos orais coletados com a aplicação de entrevistas semi-estruturadas e pela cessão de documentos de seus acervos pessoais. Com isso, busca-se identificar e analisar suas trajetórias formativas e de atuação docente. Sobre história oral, Thompson (1992, p.17) afirma que ela:

[...] pode dar grande contribuição para o resgate da memória nacional, mostrando-se um método bastante promissor para a realização de pesquisa em diferentes áreas. É preciso preservar a memória física e espacial, como também descobrir e valorizar a memória d[as pessoas]. A memória de um pode ser a memória de muitos, possibilitando a evidência dos fatos coletivos.

Para Freitas (2006, p. 69), o trabalho com história oral deve enfatizar também as “experiências e representações do indivíduo inserido num contexto social”:

Para alguns historiadores tradicionais, os depoimentos orais são tidos como fontes subjetivas por nutrirem-se da memória individual que, às vezes, pode ser falível e fantasiosa. No entanto, em História Oral o entrevistado é considerado, ele próprio, um agente histórico. Nesse sentido, é importante resgatar sua visão acerca de sua própria experiência e dos acontecimentos sociais dos quais participou. Por outro lado, a subjetividade está presente em todas as fontes históricas, sejam elas orais, escritas ou visuais. O que interessa em História Oral é saber por que o entrevistado foi seletivo ou omissivo, pois esta seletividade tem o seu significado. (Freitas, 2006, p. 67).

É possível afirmar que essa perspectiva teórica permite a compreensão de diferentes olhares de uma comunidade e sobre o mesmo assunto, como também distintas formas de lidar com a questão/tema deste projeto, o ensino nos cursos médicos da FAMEMA, sendo a comunidade das instituições educativas um ambiente de multiplicidade de saberes e vivências. Porém exige um alinhamento de ideias, presumivelmente, representativas do coletivo, considerando sua constituição social, cultural e política. Para Halbwachs (2004, p. 85), “toda memória é coletiva, e como tal, ela constitui um elemento essencial da identidade, da percepção de si e dos outros.”

É científica, em história, a operação que transforma o meio. O historiador transforma em cultura os elementos que extrai dos campos naturais. Ele modifica o espaço, ele transforma o meio. Em síntese, fazer história não é somente falar nos “imensos setores adormecidos da documentação”, ou recuperar elementos das memórias de um passado, dando voz a um silêncio, ou a uma população de mortos. É transformar

alguma coisa, um objeto, que possuía seu estatuto e seu papel, em uma outra coisa que funciona de forma diferente (De Certeau, 1995).

O historiador trabalha com um material que será transformado em história, por meio de uma manipulação fiel a um conjunto de regras — um processo análogo à lapidação de um minério bruto, que o refina (a lapidação do objeto). Na verdade, esse trabalho consiste em produzir documentos a partir desses objetos, por meio da recópia, transcrição ou fotografia, o que, simultaneamente, modifica seu lugar e sua função (De Certeau, 1995).

Na história, tudo começa com o gesto de selecionar, reunir e transformar determinados objetos — originalmente distribuídos de outra forma — em documentos. Trata-se de uma repartição cultural, um reemprego coerente desses objetos, marcado por atos que modificam uma ordem recebida e uma visão social. Essa ruptura não decorre apenas de um novo olhar; exige-se uma operação técnica (De Certeau, 1995).

Nas últimas décadas, a História da Educação brasileira tem sido amplamente influenciada pelos pressupostos teóricos e metodológicos constitutivos da Nova História Cultural. Sabe-se que a Nova História Cultural trouxe à tona novos objetos para o centro das questões históricas, como as formas de sociabilidade e as modalidades de funcionamento escolar (Chartier, 1990).

Nesse sentido, realizei a sistematização de todo o material que for possível constituir como *corpus* da pesquisa, por meio das chamadas “repartições culturais”, comumente denominadas instrumentos de pesquisa. A produção de um instrumento de pesquisa tem como objetivo fornecer uma ferramenta para a descrição de determinado arquivo — ou parte dele — com a função de orientar a consulta e determinar, com precisão, quais são os documentos e onde estão localizados. Ao mesmo tempo, essa produção disponibiliza a documentação aos pesquisadores, possibilitando uma reflexão sobre os possíveis caminhos para sua utilização (Furtado, 2010).

A elaboração de um instrumento de pesquisa caracteriza-se como um tipo de conhecimento dinâmico, ou seja, um conhecimento que gera conhecimento, ao produzir uma quantidade considerável de informações relevantes (Vendrameto, s/d).

Segundo Belotto (2006), os instrumentos de pesquisa são:

[...] vitais para o processo historiográfico. Escolhido um tema e aventada as hipóteses de trabalho, o historiador passa para o como e o onde. Diante de um sem-número de fontes utilizáveis, a primeira providência, pela própria essência do método histórico, é a localização dos testemunhos.

Os instrumentos de pesquisa possuem a finalidade de facilitar o acesso aos documentos por parte dos historiadores e outros historiadores, ampliando as possibilidades de compreensão da realidade histórica. Nas pesquisas históricas, investigações que tem como foco o levantamento, a catalogação, a descrição dos documentos, que permite culminar, posteriormente, em produções por meio de instrumentos de pesquisa, tem se tornado comum no campo da educação (Furtado, 2010). “Arquivos, bibliotecas, centros de documentação e museu, têm corresponsabilidade no processo de recuperação da informação, em benefício da divulgação científica, tecnológica, cultural e social, bem como no testemunho jurídico e histórico” (Belotto, 2006). Cabe aos pesquisadores que se apropriam dessa documentação fazerem a sua parte, no que se refere ao mapeamento, localização, organização e disponibilização dos acervos e fontes para a pesquisa (Furtado, 2010).

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados, faz-se necessária, segundo Nozela e Buffa (2013) a compreensão dos seguintes aspectos:

**1- Criação e implantação da escola:** É importante a valorização de aspectos relacionados a situação econômica e social da região na época da criação da escola, articulações políticas e ideias apresentadas pelos seus propositores, documentação, jornais da época, discurso de inauguração e legislação são consideradas fontes relevantes;

**2- A evolução da escola:** Mostra-se, aqui, as continuidades e as mudanças que ocorreram na escola, desde sua implantação até o momento do recorte estabelecido e justificado pelo pesquisador que definiu o período a ser estudado. Além disso, é preciso atentar para as novas características que a sociedade adquiriu, provenientes das mudanças econômicas e demográficas, modificações na legislação escolar, conquistas tecnológicas que estimularam o currículo das escolas;

**3- A vida na escola:** O relatório deve centralizar-se no interior da instituição, levando em conta o prédio, instalações, os alunos, professores, administradores, saberes escolares, currículos, disciplinas, livros didáticos, método de ensino, normas disciplinares, clima cultural (manifestações, organizações, realização de eventos);

**4- Trajetória de ex-alunos:** O estudo da trajetória escolar e profissional é um recurso metodológico importante para se compreender as necessidades que a sociedade, em uma dada época, tem de determinados profissionais, como também da própria inserção desses profissionais na sociedade. Somente dessa forma é possível avaliar o significado social da escola. Por meio das histórias de vida, é possível traçar o perfil profissional

formado pela instituição. Portanto, as trajetórias, ainda que pessoais, revelam a natureza de uma escola e da sociedade em que os formandos se inserem.

Quanto aos riscos e benefício da pesquisa, ressalto que ela foi desenvolvida conforme os procedimentos éticos do comitê de ética da Plataforma Brasil, com o intuito de garantir e proteger o anonimato do/as futuro/as participantes da pesquisa, além da elaboração de declarações de autorizações destes para com o uso dos relatos orais. Também, quanto à participação dos sujeitos, ressalta-se que possui característica voluntária, não havendo, assim, nenhum tipo de pagamento ou benefício por sua participação.

Em relação aos possíveis riscos que os participantes estarão expostos, estes não são de ordem física, mas sim, sociais, morais ou psicológicos. Sendo assim, ainda que esses riscos sejam considerados mínimos, como desconforto, incomodo ou constrangimento, o pesquisador se comprometeu a abordar as temáticas propostas na entrevista de forma não invasiva, respeitando a liberdade do participante em falar ou não falar sobre determinado assunto.

Frisa-se que o sigilo e anonimato das gravações de voz dos participantes estão assegurados em posse do pesquisador. Os meios que o pesquisador utilizou para garantir a proteção da imagem dos participantes durante as gravações foi gravar apenas suas vozes, sendo as gravações utilizadas apenas para âmbito científico da escrita desta tese e futuros artigos científicos.

Não houve ônus e/ou prejuízos, caso algum participante desistisse de contribuir com a pesquisa, já que, mesmo mínimos, estiveram expostos riscos de ordem emocional, como desconforto, incomodo ou constrangimento. Assim, os participantes tiveram a garantia ao direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Ressalta-se que mesmo com a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, há a possibilidade de identificação dos participantes nesta investigação, considerando a ideia de que o método de abordagem se baseia na relação dos participantes com a história do ensino na instituição onde foi realizada a pesquisa, considerando o recorte temporal estabelecido.

Com relação aos benefícios de participação da pesquisa, estes são a contribuição com a história do ensino nas escolas médicas, a partir da trajetória histórica do ensino na instituição em questão, considerando os principais marcos e os relatos orais dos sujeitos, com possibilidades de reflexões acerca do atual ensino médico e o perfil profissional preconizado a partir dos problemas da sociedade contemporânea.

Por todo exposto, esta tese esta organizada em 6 seções: esta introdução, a seção 2, intitulada repartição cultural para uma história dos cursos da famema, a seção 3, intitulada os cursos de formação das áreas médicas na famema e a “abertura dos seus muros” à comunidade, a seção 4, intitulada o projeto UNI-Marília e a mudança de paradigmas nos contextos metodológicos e de ensino e aprendizagem na famema: o início de um novo tempo, a seção 5, intitulada o processo de mudança curricular nos cursos de medicina e enfermagem da famema: pioneirismo, revolução educacional no ensino em saúde contemporâneo e a seção 6, intitulada as metodologias de aprendizagem ativa no ensino em saúde da famema e a perspectiva da medicina centrada na pessoa: contribuições para se pensar o ensino médico no brasil.

## **2 REPARTIÇÃO CULTURAL PARA UMA HISTÓRIA DOS CURSOS DA FAMEMA**

A presente seção traz, à luz do referencial teórico de Michel de Certeau (1979), elementos do material documental da pesquisa, organizados em “uma nova repartição cultural”. Apresento, portanto, a sistematização das fontes utilizadas, juntamente com os aspectos identitários que caracterizaram cada momento da trajetória histórica, conforme apontado pelas fontes selecionadas. Como afirmado por Le Goff, 2015, p.29:

[...] inconclusos em e com uma realidade que, sendo histórica também, é igualmente inacabada [...] os homens se sabem inacabados.” Dessa forma, ter a consciência de nossa incompletude, possibilita a compreensão histórica, em que “[...] a imagem de um período histórico pode mudar com o tempo”.

Na prática dos campos científicos, o pesquisador sempre produz a escrita da história a partir do presente, de sua relação com os poderes que governam, das questões cujas respostas um grupo social procura necessariamente e que ele transporta, à falta de coisa melhor, para o passado para tomar distância ou exorcizar os perigos do presente. Toda cultura requer uma atividade, um modo de apropriação, uma adoção e uma transformação pessoais, um intercâmbio instaurado em um grupo social (De Certeau, 2012, p.10).

Como mencionado, a partir das ideias de De Certeau (1979), em história tudo começa com o gesto de separar, reunir e de transformar em documentos alguns objetos e distribuí-los de maneira diferente. Esse gesto implica em transformar elementos extraídos de campos naturais em cultura (De Certeau, 1979), a medida em que eles são transcritos, fotografados ou copiados.

Essa nova repartição cultural é o primeiro trabalho. Na realidade, ela consiste em produzir tais documentos, pelo fato de recopiar, transcrever ou fotografar estes objetos mudando ao mesmo tempo o seu lugar e o seu estatuto. Este gesto consiste em "isolar" um corpo, como se faz em física [...] (De Certeau, 1979, p. 30).

Trata-se, portanto, da desfiguração das coisas para que seja possível utilizá-las como peças que preencham lacunas de um conjunto, a partir dos objetivos e objeto estabelecidos pelo pesquisador, considerando seu “lugar” de fala. Segundo De Certeau (1979, p.34.):

[...] a ideia de “prática” de pesquisa [...] está implícita em cada sistema de interpretação, pelas pertinências que ele [o pesquisador] retém, pelos procedimentos que lhe são adequados, pelas dificuldades técnicas encontradas e pelos resultados obtidos. Dito de outra maneira, aquele que faz história, hoje, parece ter perdido o meio de apreender uma afirmação de sentido como um objeto de seu trabalho, para [...] encontrar essa afirmação no próprio modo de sua atividade. Aquilo que desaparece do produto aparece na produção.

Inicialmente, a historiografia separa seu presente de um passado. Porém, repete sempre o gesto de dividir. Então, sua ordem cronológica se compõe de períodos, entre os quais se indica sempre a decisão de ser outro ou de não ser mais o que havia sido até então. Por sua vez, cada novo tempo deu lugar a um discurso que considera “morto” tudo aquilo que o procedeu, reascendendo, desta forma, um passado, já marcado pelas rupturas anteriores (De Certeau, 2002, p.9).

Notamos, portanto, a potência de De Certeau, no sentido teórico e metodológico, epistemológico e político, para pensar o tempo presente e os modos possíveis para nos movimentarmos no mundo, diferindo e tecendo outras novas oportunidades para a produção do conhecimento (De Certeau, 2018, p.9).

Penso, então, que o historiador, por definição, está na impossibilidade de ele próprio constatar os fatos que estuda. Nenhum egiptólogo viu Ramsés. Das eras que nos precederam, só poderíamos falar segundo documentos e testemunhas. Na verdade, documentos são vestígios, e se contrapõe a afirmação de que o passado é algo rígido, que ninguém altera (Bloch, 2001, p.69).

Fazer pesquisa também é uma prática cotidiana para aqueles que escolheram ou foram escolhidos por esse ofício e que ocupam, alternadamente, posições diversas nas relações de poder e de trabalho forjadas nos laboratórios e nas academias científicas (De Certeau, 2002, p.38).

A partir dessa ótica, elaborei uma nova Repartição Cultural do meu “lugar” social, incluindo minha inserção no Grupo de Estudos e Pesquisas HiDEA-Brasil – História das Disciplinas Escolares e Acadêmicas no Brasil, a partir dos meus questionamentos sobre como ocorreram os principais marcos da trajetória histórica do ensino na FAMEMA. Levei em consideração o importante marco da mudança no método de ensino e aprendizagem ocorrido na década de 1990, o qual refletiu, de forma positiva, nos contextos da saúde e nos diferentes cenários de assistência aos pacientes, estendendo-se até os dias atuais.

Como mencionado, uma das principais vertentes da historiografia é a articulação entre a história e o discurso, sendo imprescindível a mediação entre o contato — pelo fato de fazermos parte de uma instituição — e o distanciamento — necessário para não comprometer a cientificidade da pesquisa. Nessa perspectiva, na busca pela seleção das fontes descritas nesta “nova Repartição Cultural”, iniciei o percurso metodológico desta pesquisa buscando um encontro com as fontes. Assim, em um primeiro momento, procurei a bibliotecária — com quem convivi durante seis anos e que trabalha na Instituição há 38 anos — para me auxiliar na seleção das fontes documentais. Nesse momento, ela me apresentou um primeiro conjunto de documentos, o qual intitulei de “Caixa 1”. Além disso, ela não só me entregou o conjunto de fontes, como também disse havia fotografias que caracterizariam melhor esse momento da história da FAMEMA. Após, procedi com as buscas no acervo digital da biblioteca da FAMEMA, intitulado SophiA (<https://www.FAMEMA.br/ensino/biblioteca/busca.php>), no intuito de identificar Dissertações e Teses, além de outras possíveis fontes documentais pertencentes ao acervo local da FAMEMA. Para as buscas, utilizei os termos “História da FAMEMA”, “Trajetória do ensino na FAMEMA”, “PBL e FAMEMA”, “Projeto UNI” e “Fundação Kellogg e FAMEMA”.

Além disso, para acesso às fontes iconográficas, respeitou-se todos os procedimentos éticos, sendo obtida aprovação do diretor geral da FAMEMA, Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz, a partir do Ofício nº 0037536170/2024. Para isso, iniciei esse percurso presencialmente na diretoria técnica da FAMEMA. Após diálogo com a secretária, fui orientado a preencher uma solicitação para acesso ao acervo documental e entregar em mãos à própria secretária. Com essas orientações, consegui permissão para acesso ao acervo documental da FAMEMA após quatro meses da data da solicitação.

Fui, então, até o setor de Arquivo da FAMEMA, localizado no prédio da Unidade de Educação, local atualmente destinado predominantemente para a realização

de encontros de Tutoria com alunos do 1º e 2º ano dos cursos de Medicina e Enfermagem, a partir da metodologia do PBL. Ao chegar no local, conversei com a funcionária responsável chamada Isabela, que me disponibilizou uma prateleira com diversos álbuns de fotografia e jornais relacionados ao contexto histórico da FAMEMA de maneira geral. Separei, então, todas as fontes iconográficas e jornais que contemplassem o recorte temporal estabelecido nesta pesquisa – 1967 à 1997. Ressalto que as fontes iconográficas e relatos de jornais da época constituíram-se em importante documentos para as investigações.

Portanto, em relação às teses e dissertações, surgiram, então 5 teses de doutorado e 1 dissertação de mestrado. O quadro 1 a seguir traz a apresentação dos resultados decorrentes da “Nova Repartição Cultural”:

**Quadro 1- Repartição Cultural das fontes documentais para o desenvolvimento da Pesquisa**

| <b>1º conjunto de fontes: DOCUMENTOS DA “CAIXA 1”</b>            |            |
|------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Título</b>                                                    | <b>Ano</b> |
| Fundação Kellogg UNI-Marília                                     | 1992       |
| Projeto e estadualização FAMEMA                                  | 1992       |
| Projeto UNI- Marília: Relatório de avaliação                     | 1994       |
| Projeto UNI-Marília: Programação 2º ano                          | 1994       |
| Relatório do 2º Fórum de avaliação                               | 1994       |
| Projeto UNI-Marília: Projeto de formação de liderança estudantil | 1994       |
| Relatório de avaliação 2º ano                                    | 1994       |
| Avaliação de Cluster 1º ano                                      | 1995       |
| Relatório de avaliação 3º ano                                    | 1995       |
| Pesquisas UNI- I anais                                           | 1996       |
| Relatório sobre desenvolvimento do subprojeto Gharea             | 1996       |
| Fase de consolidação 1º ano                                      | 1996       |
| <b>TOTAL:</b>                                                    | <b>12</b>  |
|                                                                  |            |
| <b>2º conjunto de fontes: TESES e DISSERTAÇÕES</b>               |            |

| <b>Título</b>                                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Os hospitais de ensino e a prevalência social: Estudo de um caso                                                                            | 1996      |
| O ensino de Enfermagem no contexto UNI-Marília: desvelando os pressupostos ideológicos da prática docente                                   | 1998      |
| Educação médica: a dimensão social no currículo do curso médico da faculdade de Medicina de Marília, 1998 e 1999.                           | 2000      |
| Formação médica em situação de estágio: concepções e práticas de estudantes de Medicina no atendimento a pacientes especiais (Dissertação). | 2004      |
| Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência                                                         | 2009      |
| A experiência do professor médico com métodos ativos de ensino e aprendizagem: formação permanente e gestão como media                      | 2017      |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                                                               | <b>06</b> |

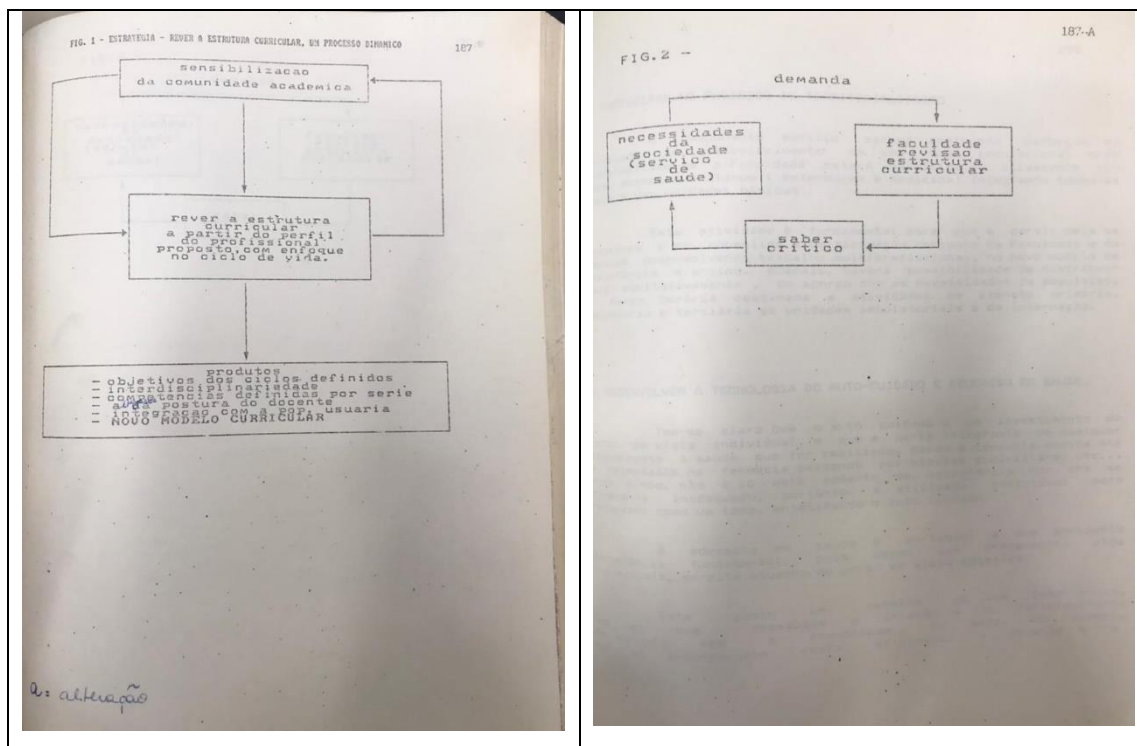
Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

A partir das fontes documentais apresentadas no Quadro 1, produzi dados e informações para esta pesquisa, buscando apresentar os aspectos identitários de cada marco da trajetória histórica do ensino na FAMEMA, conforme segue.

## **2.1 Documentos da “caixa 1”: 1º Uma história baseada em relatórios**

Ao acessar a “Caixa 1”, me deparei com um conjunto de material documental que detalhava toda o processo de planejamento e implantação do Projeto UNI-Marília, financiado pela fundação Kellogg. Ao acessar o primeiro arquivo desse conjunto de fontes documentais, intitulado “Caixa 1”, localizei um documento intitulado “Fundação Kellog- UNI Marília”, do ano de 1992, conforme figura 1, que segue:

Figura 1- Estrutura curricular da FAMEMA, 1992



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

A busca pela formação humanística do egresso dos cursos de Medicina da FAMEMA sempre foi o objetivo central das propostas curriculares. O perfil profissional do médico, na perspectiva da formação ativa, pauta-se em métodos de ensino e aprendizagem nos quais os espaços problematizadores se confrontam com os problemas e necessidades reais da sociedade. Enfatiza-se, nesse contexto, o eixo estruturante do Projeto UNI no processo de transição metodológica, que, entre outras vertentes, buscou romper com o paradigma conteudista do ensino, passando a estruturar os eixos curriculares com base nas demandas sociais da época.

Posteriormente, conforme a Figura 2 a seguir, localizei informações voltadas à caracterização dos espaços físicos e dos recursos humanos do Hospital das Clínicas de Marília (HCM) e do Hospital da Mulher de Marília (HMM), à época da implantação do Projeto UNI, no início da década de 1990.

Figura 2- Caracterização da estrutura física e dos recursos humanos dos complexos hospitalares da FAMEMA

### 3.2. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES:

O Hospital de Clínicas localiza-se à Rua Aziz Atallah, S/N, Vila Fragata e o Hospital Municipal da região central à Av. Sampaio Vieira, 42.

Suas instalações físicas, ocupam uma área construída total de 18.888,15 m<sup>2</sup>, sendo 11.702,84 m<sup>2</sup> do Hospital de Clínicas e 6.885,31 m<sup>2</sup> do Hospital Municipal.

O HCM e HMM apesar de funcionarem em prédios distintos, mantêm uma estrutura organizacional única, que se completam nos diferentes setores, terapêuticos e de diagnóstico, e portanto, a capacidade física instalada é apresentada de forma globalizada.

#### 3.2.1. Estrutura Física

##### AMBULATÓRIOS:

Cons.Méd./Odont.\*

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Ambulatório para Adulto        | 50  |
| Ambulatório de Saúde da Mulher | 08  |
| Ambulatório Infantil           | 13  |
| Ambulatório Saúde Mental       | 23  |
| Ambulatório de Oftalmologia    | 05  |
| Ambulatório de Ortopedia       | 05  |
| Ambulatório de Cirurgia        | 12  |
| Pronto Socorro                 | 05  |
| Total de Consultórios          | 121 |

\*Conta com um Consultório Odontológico no HCM.

Recursos humanos de nível superior segundo categoria profissional e carga horária semanal.

| Categoria                     | N. | Carga Horária |
|-------------------------------|----|---------------|
| Assistente Social             | 10 | 352           |
| Enfermeiros (Docente)         | 22 | 792           |
| Enfermeiros (Assistencial)    | 24 | 864           |
| Farmacêutico                  | 01 | 40            |
| Fisioterapeuta                | 06 | 216           |
| Fonoaudiólogo                 | 03 | 60            |
| Nutricionista                 | 08 | 248           |
| Psicólogo                     | 02 | 40            |
| Terapeuta Ocupacional         | 01 | 10            |
| Ortopedista                   | 27 | 810           |
| Laboratorista                 | 01 | 40            |
| Engenheiro Segurança Trabalho | 01 | 40            |
| Engenheiro Eletrônico         | 05 | 35            |
| Dentista                      |    |               |

Recursos humanos de nível técnico, segundo função e carga horária semanal contratada.

| Função                               | N. | Carga Horária |
|--------------------------------------|----|---------------|
| Técnico de Edificação                | 01 | 38            |
| Técnico Higiene e Segurança Trabalho | 03 | 120           |
| Técnico de Laboratório               | 22 | 660           |
| Técnico de RX                        | 17 | 408           |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Na sequência, ainda nesse documento, localizei imagens sobre os investimentos financeiros realizados e financiados pelo Projeto UNI no processo de mudança do método de ensino e aprendizagem, como segue na figura 3.

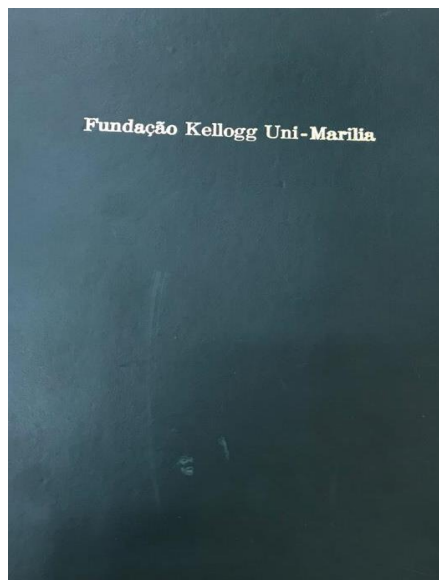
Figura 3- Descrição dos primeiros investimentos financeiros do Projeto UNI-Marília

| RESUMO DAS NECESSIDADES FINANCEIRAS EM DOLAR, SEGUNDO ITEM DE DESPESA PELA FUNDAÇÃO KELLOGG EM CADA UM DOS TRÊS ANOS DE DESENVOLVIMENTO UNI-MARÍLIA. |         |         |         |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|-----------|
| ITEMS DESPESAS                                                                                                                                       | 1º ANO  | 2º ANO  | 3º ANO  | T O T A L |
| PESSOAL E ENCARGOS                                                                                                                                   | 42.000  | 84.000  | 84.000  | 210.000   |
| CONSULTORIAS E ASSESSORIAS                                                                                                                           | 67.794  | 34.054  | 22.214  | 124.062   |
| AMPLIAÇÕES (OBRAS)                                                                                                                                   | 84.000  | -       | -       | 84.000    |
| EQUIPAMENTOS                                                                                                                                         | 61.767  | 145.234 | 32.500  | 239.501   |
| VIAGENS (PASSAGENS + DIARIAS)                                                                                                                        | 27.000  | 49.500  | 12.000  | 88.500    |
| AVULSÃO                                                                                                                                              | 30.000  | 30.000  | 30.000  | 90.000    |
| CURSOS E SEMINÁRIOS                                                                                                                                  | 99.000  | 186.600 | 68.700  | 275.100   |
| VEÍCULOS                                                                                                                                             | -       | 33.000  | -       | 33.000    |
| MATERIAL DE ENSINO                                                                                                                                   | 88.488  | 82.632  | 38.630  | 209.750   |
| SISTEMA DE INFORMAÇÃO                                                                                                                                | 140.000 | 90.000  | 20.000  | 250.000   |
| T O T A L                                                                                                                                            | 640.849 | 655.020 | 308.044 | 1.603.913 |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Na separação das fontes, ainda na “Caixa 1”, localizei a fonte documental intitulada Fundação Kellogg, do ano de 1992, da figura 4, a seguir, que aborda temáticas relacionadas a aspectos gerais que constituem o Projeto UNI-Marília.

Figura 4- Fonte Documental Fundação Kellogg UNI-Marília

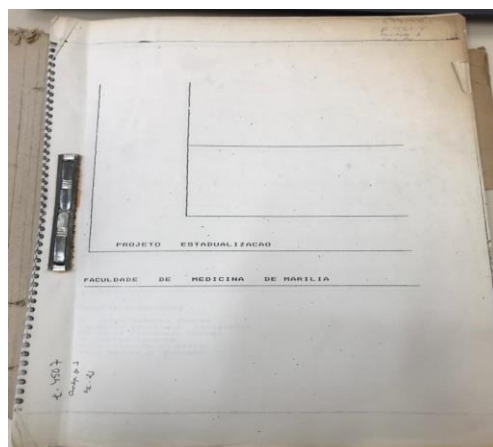


Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Ao separar e analisar os principais aspectos desta fonte documental da figura 4, anterior, percebi que o Projeto UNI-Marília foi estruturado a partir de um eixo que contemplava diferentes cenários/atores envolvidos no contexto da saúde da população, com ênfase nos cenários de ensino, serviço e comunidade.

Outro documento impresso que recuperei na “Caixa 1”, na figura 5 que segue, contém elementos importantes da proposta de estadualização da FAMEMA, no ano de 1992, com o título “Projeto de estadualização”.

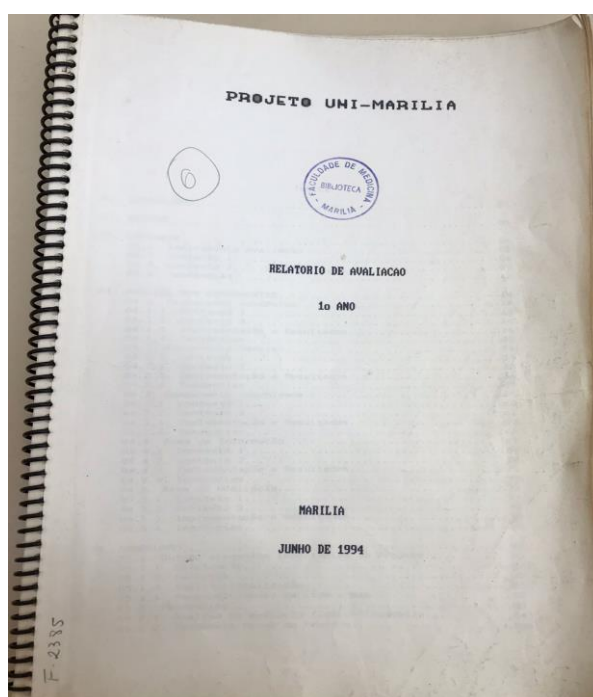
Figura 5: Fonte Documental Projeto de Estadualização FAMEMA



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Conforme figura 6, da sequência, recuperei na “Caixa 1” uma fonte documental que trazia informações sobre o relatório de avaliação do 1º após a implantação do Projeto UNI, que ocorreu no ano de 1994.

Figura 6: Relatório de avaliação 1º ano, 1994



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Um dos eixos do ensino na FAMEMA é a relação ensino-serviço, preconizando a inserção do aluno na comunidade para que ele possa aprender e, a partir da aquisição

do novo conhecimento, intervir nas necessidades de saúde da população. Então, um dos componentes que passaram pelo processo de reestruturação de fluxos e operacionalização das atividades foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com foco na capacitação dos gerentes dessas Unidades. Foram realizadas Oficinas de Trabalho com foco na territorialização em sete UBS, conforme a figura 7, que segue:

Figura 7- Proposta de oficinas de territorialização nas UBS, Projeto UNI-Marília

37

Após esse primeiro contato com a conceitualização e a metodologia para definição de um território-população, esse processo foi multiplicado nas demais Unidades Básicas vinculadas ao Projeto UNI.

No quadro 2 pode-se observar o período de realização das oficinas de trabalho, sendo que a oficina da UBS Coimbra foi também utilizada para a formação dos multiplicadores desta atividade.

Quadro 2- Período de realização das Oficinas de Territorialização, UBSs, Projeto UNI - Marília.

| Unidade Básica de Saúde | Mês/Ano                |
|-------------------------|------------------------|
| Coimbra                 | março/93               |
| Bandeirantes            | abril/93               |
| Centro de Saúde Escola  | até maio/93 (4 etapas) |
| Planalto                | maio/93                |
| Altaneira               | junho/93               |
| São Judas               | agosto/93              |
| Santa Antonieta         | agosto/93              |

Os quadros demonstram a composição, segundo função ou componente, dos participantes das Oficinas de Trabalho de Territorialização nas Unidades Básicas.

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Uma outra fonte documental localizada na “Caixa 1” foi a Programação do 2º ano de implantação do Projeto UNI, que ocorreu entre 1994 e 1995, após a realização da primeira avaliação. Foi estabelecido um cronograma de atividades e uma relação de gastos para a implantação das intervenções previstas, conforme figura 8, que segue:

Figura 8- Cronograma de atividades e previsão de gastos, 2º ano do Projeto UNI-Marília

| 2.3- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES - ACADEMIA                                                                                      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ATIVIDADES                                                                                                                    | 1994   |        |        |        |        |        | 1995   |        |        |        |        |        |
|                                                                                                                               | JUL 94 | AGO 94 | SET 94 | OCT 94 | NOV 94 | DEZ 94 | JAN 95 | FEB 95 | MAR 95 | ABR 95 | MAY 95 | JUN 95 |
| 1. OFICINA DE TRABALHO "REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A PRÁTICA PEDAGÓGICA NOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - UPA" | X      | X      |        |        | X      |        |        |        |        |        |        |        |
| 2. APOIO/CONSULTORIA PARA REORIENTAÇÃO CURRICULAR                                                                             | X      | X      |        |        | X      |        | X      |        | X      |        | X      |        |
| 3. CURSO "CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA DA PROBLEMÁTICA"                                                                             | X      | X      |        |        | X      |        |        |        |        |        |        |        |
| 4. SEMINÁRIO VIAJEIRO                                                                                                         | X      | X      |        |        |        |        | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 5. PROGRAMA CAPACITAÇÃO DE DOCTORES EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA                                                                     |        |        |        |        |        |        | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 6. FORMAÇÃO NÚCLEO DE PESQUISA                                                                                                |        |        |        |        |        |        | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 7. FORMAÇÃO NÚCLEO CAPACITAÇÃO NA ÁREA DE INFORMÁTICA                                                                         |        |        |        |        |        |        | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 8. FORMAÇÃO NÚCLEO APERFEIÇOAMENTO EM LÍNGUAS                                                                                 |        |        |        |        |        |        | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 9. FORMAÇÃO DO NÚCLEO PSICOPEDAGÓGICO E DIDÁTICA                                                                              |        |        |        |        |        |        | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 10. CURSO DE CAPACITAÇÃO EM DINÂMICA DE GRUPO                                                                                 |        |        |        |        |        |        | X      |        |        |        |        |        |
| 11. AQUISIÇÃO DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO                                                                                       |        |        | X      |        | X      | X      | X      |        |        |        |        |        |
| 12. EQUIPAR LABORATÓRIO DE MICROINFORMÁTICA E SIMULAÇÃO                                                                       | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 13. CURSO DE CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA                                                                                           | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 14. ADEQUAÇÃO ÁREA FÍSICA DA FACULDADE DE MEDICINA                                                                            | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      |        |        |        |        |
| 15. CURSO CAPACITAÇÃO LIDERANÇA ESTUDANTIL                                                                                    |        |        | X      |        |        |        |        |        |        |        | X      |        |
| 16. CURSO COMUNIDADE COMO CLIENTE                                                                                             |        |        |        | X      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 17. CURSO EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA                                                                                               |        |        |        |        |        |        | X      |        | X      |        |        |        |
| 18. CURSO AUTOCUIDADO                                                                                                         |        |        |        |        |        |        | X      |        |        |        |        |        |
| 19. SEMINÁRIO VIAJEIRO AUTOCUIDADO                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        | X      |        |        |        |        |
| 20. INFORMATIZAR ACESSO                                                                                                       | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      |        |
| 21. TREINAMENTO DE USUÁRIOS BIBLIOTECAS                                                                                       |        |        |        |        |        |        | X      | X      | X      | X      | X      |        |

| 2.4 Recurso financeiro                                    |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
| 2.4.1 Discriminação do recurso financeiro para o 2º ano.  |                |
| Atividade                                                 | US\$           |
| 01. Oficinas de Trabalho                                  | 5.000          |
| 02. Assessoria                                            | 12.000         |
| 03. Viagem                                                | 25.000         |
| 04. Capacitação Epidemiologia Clínica                     | 9.000          |
| 05. Assessoria para:                                      | 15.000         |
| - Grupo de Apoio/Informática                              |                |
| - Grupo de Apoio/Psicopedagógico                          |                |
| - Grupo de Apoio/Línguas                                  |                |
| 06. Curso Capac. Pedagogia Problemática                   | 6.000          |
| 07. Curso Dinâmica de Grupo                               | 2.000          |
| 08. Aquisição de material bibliográfico                   | 39.200         |
| 09. Equipamentos Laboratório Simulação e Microinformática | 90.000         |
| 10. Curso Capacitação Pedagógica                          | 3.000          |
| 11. Curso Auto cuidado                                    | 5.000          |
| 12. Seminário Viajeiro de auto cuidado                    | 6.500          |
| 13. Material de Ensino                                    | 8.400          |
| 14. Adequação Área física Faculdade                       | 81.500         |
| 15. Curso de capacitação de liderança estudantil          | 4.000          |
| 16. Curso de epidemiologia                                | 5.000          |
| 17. Curso "La comunidade como cliente"                    | 3.000          |
| 18. Assessoria para divulgação do Projeto                 | 4.000          |
| <b>TOTAL</b>                                              | <b>323.600</b> |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

A programação para o segundo ano do Projeto UNI-Marília consistiu na reorganização e reprogramação de estratégias, cronogramas de atividades, orçamento financeiro e instrumentos de avaliação utilizados no primeiro ano do Projeto.

Segundo as avaliações realizadas, o primeiro ano do UNI possibilitou uma melhor visualização da factibilidade e viabilidade do Projeto. Além disso, outra contribuição relevante foi a identificação da necessidade de um planejamento mais detalhado das técnicas e atividades dos componentes e áreas envolvidas.

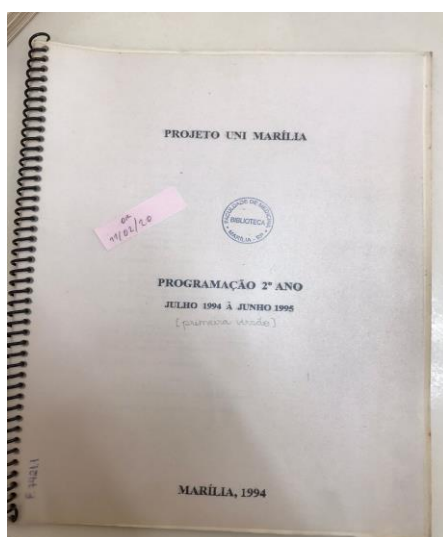
Diante disso, a programação para o segundo ano centrou-se no redimensionamento das estratégias e no detalhamento do cronograma de atividades e do planejamento financeiro, contemplando cada componente e área de avaliação, conforme demonstrado nas Figuras 9 e 10, a seguir.

Figura 9- Cronograma de atividades a serem desenvolvidas no 2º ano, Projeto UNI-Marília

| 2.4 DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES                                                                                                                       |                   |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|
| 2.4.1 Oficina de trabalho "Reflexão Crítica sobre a prática pedagógica nos processos de capacitação nos serviços de saúde".                       |                   |             |
| 2.4.1.1 Responsável                                                                                                                               |                   |             |
| Nome                                                                                                                                              | Função            | Instituição |
| Carlos Rodrigues da Silva Filho                                                                                                                   | Diretor Acadêmico | F.M.E.S.M.  |
| Roseli Ferreira da Silva                                                                                                                          | Docente           | F.M.E.S.M.  |
| 2.4.1.2 Propósito                                                                                                                                 |                   |             |
| O objetivo desta atividade é subsidiar a reflexão crítica do processo ensino aprendizagem e referenciar a construção de um novo fazer pedagógico. |                   |             |
| 2.4.1.3 Períodos                                                                                                                                  |                   |             |
| A. 25 à 29 de julho de 1994                                                                                                                       |                   |             |
| B. 05 à 09 de setembro de 1994                                                                                                                    |                   |             |
| C. 21 à 25 de novembro de 1994                                                                                                                    |                   |             |
| 2.4.1.4 Local: Faculdade de Medicina de Marília                                                                                                   |                   |             |
| 2.4.1.5 Participantes                                                                                                                             |                   |             |
| A. 15 docentes das disciplinas básicas e enfermagem                                                                                               |                   |             |
| B. 15 docentes com atividades em UBSs, disc. básicas e enfermagem                                                                                 |                   |             |
| C. 15 docentes de outros departamentos                                                                                                            |                   |             |
| 2.4.1.6 Coordenação e/ou assessoria                                                                                                               |                   |             |
| A. Theresa Christina M.M.L. Varela - UERJ                                                                                                         |                   |             |
| B. Enna Galvão - OPAS                                                                                                                             |                   |             |
| C. Enna Galvão - OPAS                                                                                                                             |                   |             |
| 2.4.1.7 Pré requisitos : nenhum                                                                                                                   |                   |             |
| 2.4.1.8 Material                                                                                                                                  |                   |             |
| Apostila elaborada pelo programa de desenvolvimento de RH da OPAS/Brasil.                                                                         |                   |             |
| - número total de apostilas: 45                                                                                                                   |                   |             |
| - número total de cópias de xerox: 4905                                                                                                           |                   |             |
| - Complementares:                                                                                                                                 |                   |             |
| 2.4.14 Adequação de área física da FAMEMA                                                                                                         |                   |             |
| 2.4.14.1 Responsável                                                                                                                              |                   |             |
| Nome                                                                                                                                              | Função            | Instituição |
| Roberto de Q. Padilha                                                                                                                             | Dir. Executivo    | F.M.E.S.M.  |
| Carlos R. da Silva Filho                                                                                                                          | Dir. Acadêmico    | F.M.E.S.M.  |
| Romualdo Paura                                                                                                                                    | Dir. Manutenção   | F.M.E.S.M.  |
| 2.4.14.2 Propósito:                                                                                                                               |                   |             |
| Ampliar e adequar a área física para biblioteca, laboratório de simulação e informação.                                                           |                   |             |
| 2.4.14.3 Período:                                                                                                                                 |                   |             |
| Segundo semestre de 1994.                                                                                                                         |                   |             |
| 2.4.14.4 Local: Anexo ao prédio da Faculdade de Medicina                                                                                          |                   |             |
| 2.4.14.5 Coordenador: Arquiteto Vanir Pinto                                                                                                       |                   |             |
| 2.4.14.6 Participantes                                                                                                                            |                   |             |
| 2.4.14.7 Pré requisito                                                                                                                            |                   |             |
| 2.4.14.8 Material: a definir                                                                                                                      |                   |             |
| 2.4.14.9 Avaliação                                                                                                                                |                   |             |
| Instrumento                                                                                                                                       | Análise           |             |
| a - cronograma físico-financeiro da obra                                                                                                          | execução          |             |
| A análise será realizada através da comparação entre o cronograma proposto e execução da obra.                                                    |                   |             |
| 2.4.3 Curso de Capacitação Pedagógica de Problematização                                                                                          |                   |             |
| 2.4.3.1 Responsável                                                                                                                               |                   |             |
| Nome                                                                                                                                              | Função            | Instituição |
| Carlos Rodrigues da Silva Filho                                                                                                                   | Diretor Acadêmico | F.M.E.S.M.  |
| Roseli Ferreira da Silva                                                                                                                          | Docente           | F.M.E.S.M.  |
| 2.4.3.2 Propósito                                                                                                                                 |                   |             |
| Promover para o corpo docente do curso médico e de enfermagem conhecimentos sobre a pedagogia de problematização.                                 |                   |             |
| 2.4.3.3 Períodos                                                                                                                                  |                   |             |
| A - agosto de 1994 com 20h                                                                                                                        |                   |             |
| B - outubro de 1994 com 20h                                                                                                                       |                   |             |
| C - dezembro de 1994 com 20h                                                                                                                      |                   |             |
| 2.4.3.4 Local: Famema                                                                                                                             |                   |             |
| 2.4.3.5 Coordenação ou assessoria                                                                                                                 |                   |             |
| Dr. Juan E. Diaz Bordenave                                                                                                                        |                   |             |
| 2.4.3.6 Participantes                                                                                                                             |                   |             |
| Participantes                                                                                                                                     | Nº de vagas       |             |
| A - docentes da enfermagem e de disciplinas básicas                                                                                               | 20                |             |
| B - docentes da enfermagem e de disciplinas básicas                                                                                               | 20                |             |
| C - docentes com atividades em UBS e coordenadores de departamento                                                                                |                   |             |
| 2.4.3.7 Pré requisito                                                                                                                             |                   |             |
| Participação na oficina de trabalho de reflexão crítica sobre a prática Pedagógica (atividade 1).                                                 |                   |             |
| 2.4.3.8 Material: a definir                                                                                                                       |                   |             |
| 2.4.3.9 Avaliação                                                                                                                                 |                   |             |
| Instrumento                                                                                                                                       | Análise           |             |
| a - questionário de avaliação das disciplinas                                                                                                     | dados comparativa |             |
| b - planos de curso/aula dos participantes                                                                                                        | conteúdo          |             |
| c - programação das disciplinas                                                                                                                   | dados             |             |
| d - questionário de avaliação dos participantes                                                                                                   | conteúdo          |             |
| e - relatório do coordenador da atividade                                                                                                         |                   |             |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Figura 10: Fonte Documental Programação 2º ano, Projeto UNI-Marília



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Recuperei documentos que trouxeram elementos importantes relacionados ao processo de avaliação do percurso de implantação do Projeto UNI-Marília, em específico nas UBS. As imagens da figura 11, a seguir, contêm as propostas a serem atingidas pelos docentes inseridos nas UBS, juntamente com outros atores que atuam no cenário de saúde pública, para capacitação e as possibilidades de resoluções frente às lacunas levantadas durante esse processo avaliativo:

Figura 11- Planilha de atividades docentes realizadas nas UBS

| Planilha 1 - Atividade docente em UBS                                   |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROBLEMAS                                                               | CAUSAS                                                                                                                                                                                                          | CONSEQUÊNCIAS                                                                                                                    |
| - falta trabalho em equipe                                              | -atendimento individualizado e centrado no médico<br>-descompromisso dos profissionais<br>-falta sensibilização dos profissionais para trabalharem em equipe<br>-modelo atual não estimula o trabalho em equipe | -não se troca experiências para aperfeiçoar a visão da realidade<br>-descompromisso<br>-não continuidade de trabalhos com grupos |
| -falta entendimento da proposta                                         | -o serviço não foi preparado para receber alunos                                                                                                                                                                | -a academia chega arrogante nas UBSs<br>-desestímulo aos alunos                                                                  |
| -resistência ao novo modelo                                             | -falta reflexão sobre o atual modelo                                                                                                                                                                            | -desmotivação para buscar modelos alternativos                                                                                   |
| -falta planejamento                                                     | -falta tradição nesta atividade<br>-falta integração AC/SE                                                                                                                                                      | -falta integração a nível local                                                                                                  |
| -modelo atual                                                           | -sistema pouco voltado para o usuário                                                                                                                                                                           | -compromete a construção do novo modelo<br>-descréditos na assistência<br>-só atividades intra muros                             |
| -falta conhecimento do perfil epidemiológico e do diagnóstico das áreas | -modelo atual é centrado na doença e assistência                                                                                                                                                                | -baixa capacidade resolutive<br>-atenção à doença e não à saúde                                                                  |
| -falta integração medicina/enfermagem                                   | -resistência ao novo modelo                                                                                                                                                                                     | -as áreas não se conhecem e não se valorizam<br>-prejuízo no aprendizado                                                         |
| -falta compromisso                                                      | -não se discute processo de trabalho<br>-falta recursos humanos                                                                                                                                                 | -não participação do serviço no ensino                                                                                           |

| 6 - AS ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO                                                                            |                                              |              |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------|
| 6.1 - Conselhos Locais de Saúde                                                                            |                                              |              |                                                          |
| ESTRATÉGIA                                                                                                 | RECURSOS                                     | PRAZO        | RESPONSÁVEL                                              |
| caixa de sugestões nas UBSs                                                                                | caixas papel                                 | janeiro 95   | gerente UBS                                              |
| utilização do programa de rádio para divulgação dos CLSs                                                   |                                              | janeiro 95   | componente comunidade                                    |
| quadro nas UBSs para divulgação dos informes do CLS                                                        | quadro e material de divulgação              | janeiro 95   | gerente UBS                                              |
| definição de responsável pelo acompanhamento dos CLSs                                                      |                                              | março 95     | componente comunidade                                    |
| usar planejamento estratégico situacional (adaptado) para definição de diretrizes e funcionamento dos CLSs | infraestrutura                               | fevereiro 95 | grupo de apoio a gestão                                  |
| revisão dos cursos de capacitação de conselheiros                                                          |                                              | janeiro 95   | grupo de capacitação de conselheiros e educação em saúde |
| promover outros cursos de capacitação                                                                      | infraestrutura                               | janeiro 95   | grupo de capacitação de conselheiros e educação em saúde |
| promover discussões cursos para os profissionais das UBSs sobre participação comunitária                   | infraestrutura                               | janeiro 95   | grupo de capacitação de conselheiros e educação em saúde |
| retomar o processo na UBS Santa Antonieta                                                                  |                                              | fevereiro 95 | SMHS                                                     |
| reuniões (encontros) entre os CLSs                                                                         | infraestrutura e divulgação                  | março 95     | componente comunidade                                    |
| divulgação de resultados e do trabalho dos CLSs                                                            | rádio<br>Jornal - UNI<br>comunicação diversa | contínuo     | Roseli                                                   |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Na prática, foram realizados fóruns para a avaliação do projeto, a partir da eleição de quatro frentes, responsáveis pelas principais atividades desenvolvidas pelo Projeto no momento estudado. Os aspectos positivos dessas atividades foram considerados estratégicos para a viabilidade do projeto. As frentes eleitas estão descritas no quadro 2, que segue:

Quadro 2- Relação das frentes eleitas para avaliação do Projeto UNI

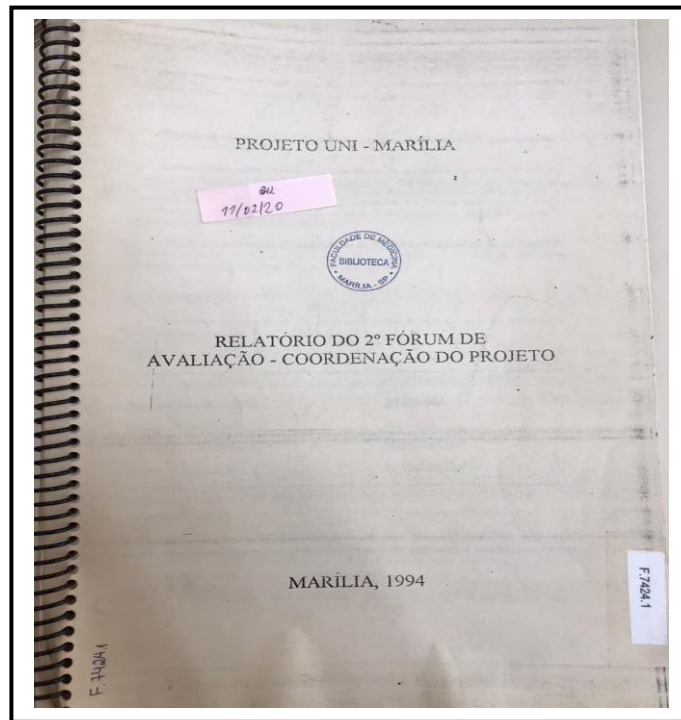
| FRENTE                           | COMPONENTE/ÁREA |
|----------------------------------|-----------------|
| <i>Atividade docente em UBS</i>  | Academia        |
| <i>Função gerente</i>            | Serviço         |
| <i>Conselhos locais de saúde</i> | Comunidade      |
| <i>Sistema de informação</i>     | Informação      |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Esse fórum foi realizado por duas oficinas de trabalho que ocorreram no mês de dezembro de 1994. Na época, foram distribuídos questionários para os diversos atores envolvidos em cada frente, com uma pergunta fechada, um quadro de explicação de

problemas e uma pergunta aberta, que solicitava a conceitualização, por parte do pesquisado, a respeito do principal objetivo, como segue na figura 12:

Figura 12- Fonte Documental Relatório do 2º ano de avaliação, 1994.



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Das fontes documentais incluídas na “Caixa 1”, localizei um documento intitulado “Curso de formação e liderança estudantil”, mudanças significativas no âmbito dos parceiros envolvidos no projeto: Secretaria Municipal da Saúde e Faculdade de Medicina e Comunidade. Além disso pretendia-se propor formas de trabalho para que os grupos participassem de forma ativa da construção do projeto, incluindo os alunos dos cursos de Enfermagem e Medicina, por meio da criação de espaços reflexivos para instrumentalização dos alunos da área da saúde, visando a formação de lideranças comprometidas com uma prática consistente nos serviços de saúde, fundamentadas no direito a saúde como expressão de cidadania da população. As propostas das atividades desse curso estão apresentadas nas imagens da figura 13, que segue:

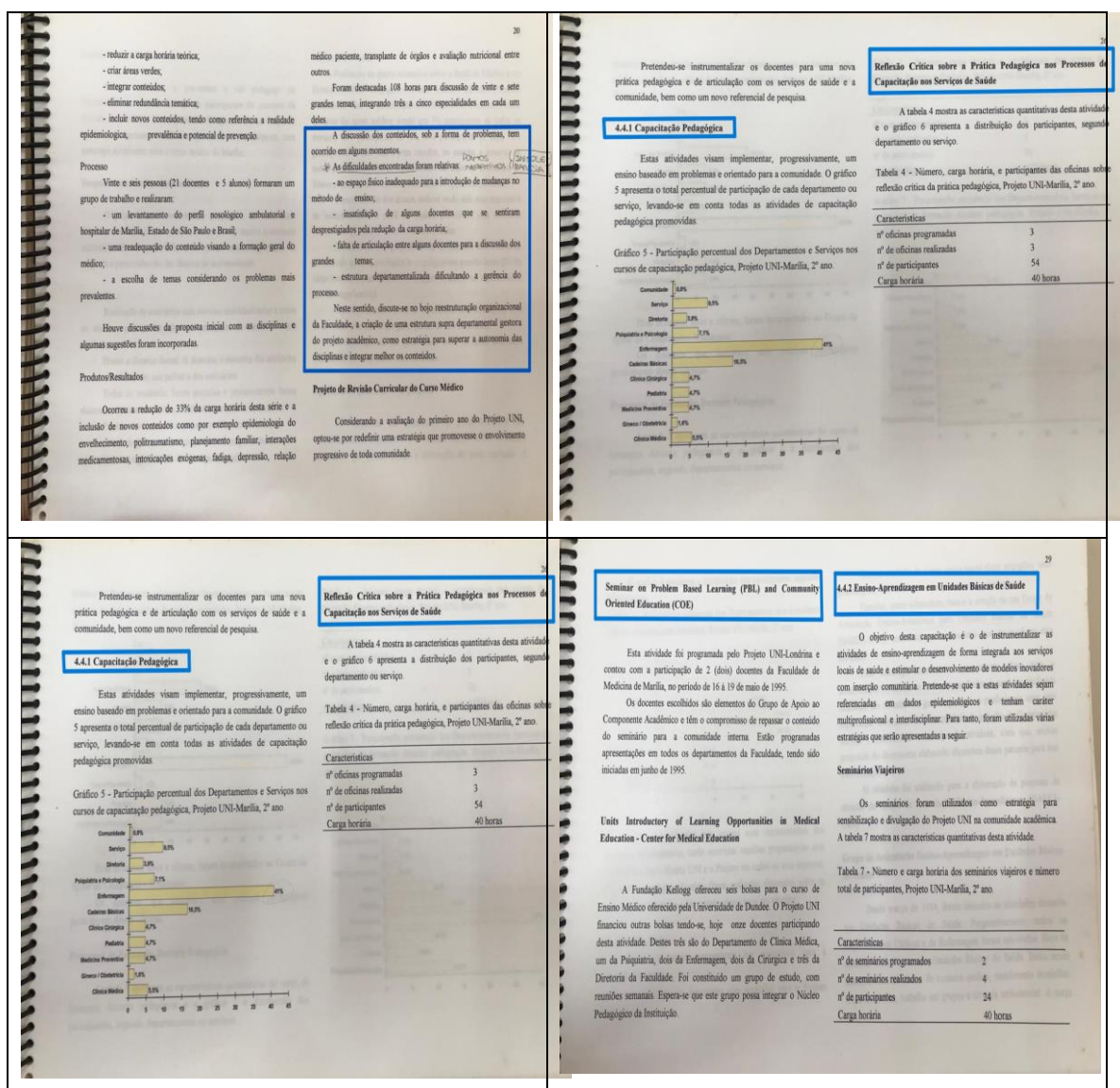
Figura 13- Propostas de atividades do Curso de formação e liderança estudantil

| FICHA 5                                                                                                                     | PROJETO UNI-MARILIA                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Análise das expectativas do grupo                                                                                        | Curso de Formação da Liderança Estudantil                                                                              |
| QUESTÕES SOBRE AS EXPECTATIVAS                                                                                              | 01. OBJETIVO: Formação de lideranças estudantis na área de saúde.                                                      |
| 1 - DO GRUPO:                                                                                                               | 02. PARTICIPANTES: Alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília                      |
| a - Você conhece algum dos participantes deste grupo? se sim, este conhecimento é somente profissional ou é também pessoal? | 03. NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25                                                                                        |
| b - Você gostou de estar neste grupo?                                                                                       | 04. LOCAL: Hotel Sun Valley                                                                                            |
| c - O que você espera deste grupo?                                                                                          | 05. PERÍODO: 26, 27 e 28 de agosto de 1994                                                                             |
| 2 - DO CURSO:                                                                                                               | 06. CARGA HORÁRIA: 20 horas                                                                                            |
| a - Você já fez algum curso de dinâmica de grupo?                                                                           | 07. COORDENAÇÃO GERAL: Projeto UNI de Marília                                                                          |
| b - Você conhece algumas técnicas de D. G.?                                                                                 | 08. COORDENAÇÃO DO CURSO: Adriana J. F. Chaves<br>Oswaldo Gradella Junior<br>Departamento Psicologia UNESP. Bauru - SP |
| c - O que você espera deste curso?                                                                                          | PROGRAMA:                                                                                                              |
| 3 - EM RELAÇÃO À ÁREA                                                                                                       | 01. Processo de integração grupal;                                                                                     |
| 3.1. Quais são as motivações de sua escolha pelos cursos da área de saúde?                                                  | 02. Participação social, cidadania e saúde;                                                                            |
| 3.2. O que mais lhe agrada nesta área?                                                                                      | 03. Saúde, sociedade;                                                                                                  |
| 3.3. Ser profissional da saúde é para você um Projeto de vida?                                                              | 04. O estado e as políticas de saúde;                                                                                  |
| 3.4. Que expectativas você tem em relação ao Projeto UNI?                                                                   | 05. A universidade e a socialização do conhecimento;                                                                   |
| B - Técnica: PAINEL PROGRESSIVO                                                                                             | 06. A profissão na área de saúde;                                                                                      |
|                                                                                                                             | 07. O componente acadêmico do Projeto UNI;                                                                             |
|                                                                                                                             | 08. Planejamento participativo.                                                                                        |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Localizei na “Caixa 1” uma outra fonte documental, conforme Figura 14, da sequência, que consiste em um novo relatório de avaliação que ocorreu no 2º ano do Projeto, entre 1994 e 1995. As imagens retiradas desta fonte documental indicam a leitura de aspectos perspicazes deste relatório, com destaque para as necessidades de melhorias segundo os atores e as propostas de capacitação utilizadas para capacitação.

Figura 14- Propostas de capacitação Projeto UNI- Marília



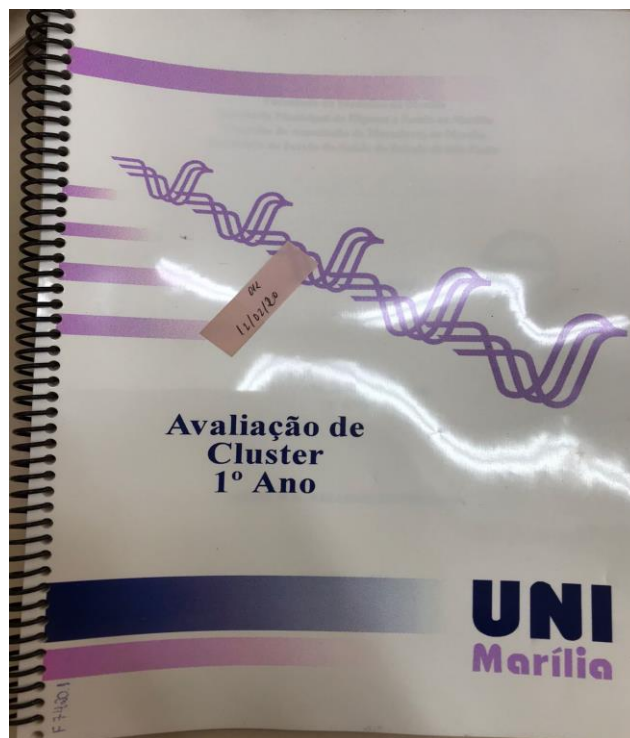
Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Ainda no contexto dos documentos sobre os processos avaliativos do Projeto UNI-Marília, localizei uma fonte documental intitulada Avaliação de Cluster, na figura 15, da sequência. Ocorreu que, no mês de outubro de 1994, a FAMEMA recebeu a visita dos avaliadores de Cluster dos Projetos UNI. Durante a visita, os avaliadores externos entregam uma série de planilha que foram preenchidas e recolhidas no final da visita. Essas planilhas, baseadas nos anos de 1992 a 1994, contemplavam diversas informações, como:

- Relação de equipamentos adquiridos em Unidades Básicas de Saúde;
- Relação de equipamentos adquiridos em outras unidades, como Faculdade, Biblioteca e Hospital;

- Adequações físicas realizadas em Unidades Básicas de Saúde;
- Atividades de comunicação e divulgação realizadas pelo Projeto UNI (Encontros, Simpósios, Debates e Conferências);
- Atividades de formação e capacitação pedagógica.

Figura 15: Fonte Documental, avaliação de Cluster



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Recuperei, também, um documento do ano de 1996, da figura 17, seguinte, quando de uma visita à Universidade de McMaster, por meio da oficina de avaliação, com o intuito de ampliar os fundamentos do currículo PBL, além da apropriação de pressupostos que fundamentam o modelo de avaliação formativa. Após esses encontros, definiu-se o seguinte currículo para o curso de Medicina da FAMEMA:

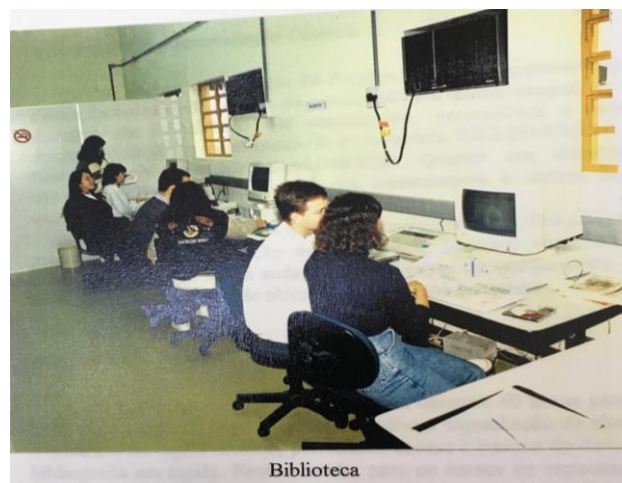
Figura 16: Semana padrão do curso de Medicina, 1996.

| <p>Quadro 7 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 1º semestre da 1ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.</p> <table> <tr> <th>SEGUNDA</th><th>TERÇA</th><th>QUARTA</th><th>QUINTA</th><th>SEXTA</th></tr> <tr> <td>Anatomia (16 Sem.)</td><td>Anatomia (16 Sem.)</td><td>Psicologia (8 Sem.)<br/>Anatomia (7 Sem.)</td><td>Histologia (15 Sem.)</td><td>Integração (4 Sem.)<br/>Anatomia (8 Sem.)<br/>Histologia (3 Sem.)</td></tr> <tr> <td>Anatomia (16 Sem.)</td><td>Anatomia (16 Sem.)</td><td>Área Verde (15 Sem.)<br/>"Pimec" (11 Sem.)</td><td>Histologia (15 Sem.)</td><td>Área Verde (15 Sem.)</td></tr> </table>                                                                                                                                      |                                                               |                                           |                                                               |                                                                 | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | Anatomia (16 Sem.)                              | Anatomia (16 Sem.)                          | Psicologia (8 Sem.)<br>Anatomia (7 Sem.) | Histologia (15 Sem.)                          | Integração (4 Sem.)<br>Anatomia (8 Sem.)<br>Histologia (3 Sem.) | Anatomia (16 Sem.)                        | Anatomia (16 Sem.)                                            | Área Verde (15 Sem.)<br>"Pimec" (11 Sem.) | Histologia (15 Sem.)                                          | Área Verde (15 Sem.) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|--------|--------|-------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|
| SEGUNDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TERÇA                                                         | QUARTA                                    | QUINTA                                                        | SEXTA                                                           |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| Anatomia (16 Sem.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Anatomia (16 Sem.)                                            | Psicologia (8 Sem.)<br>Anatomia (7 Sem.)  | Histologia (15 Sem.)                                          | Integração (4 Sem.)<br>Anatomia (8 Sem.)<br>Histologia (3 Sem.) |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| Anatomia (16 Sem.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Anatomia (16 Sem.)                                            | Área Verde (15 Sem.)<br>"Pimec" (11 Sem.) | Histologia (15 Sem.)                                          | Área Verde (15 Sem.)                                            |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| <p>Quadro 8 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 2º semestre da 1ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.</p> <table> <tr> <th>SEGUNDA</th><th>TERÇA</th><th>QUARTA</th><th>QUINTA</th><th>SEXTA</th></tr> <tr> <td>Anatomia (16 Sem.)</td><td>Bioquímica (17 Sem.)</td><td>I.C.S. (19 Sem.)</td><td>Histologia (15 Sem.)</td><td>Eletivo (16 Sem.)</td></tr> <tr> <td>Anatomia (16 Sem.)<br/>I.C.S. (1 Sem.)</td><td>Bioquímica (17 Sem.)</td><td>Área Verde (19 Sem.)<br/>"Pimec" (10 Sem.)</td><td>Histologia (15 Sem.)</td><td>Área Verde (16 Sem.)</td></tr> </table> <p>Legenda<br/>Integração: Recepção e integração do aluno na Faculdade<br/>I.C.S.: Introdução à Ciência da Saúde<br/>PIMEC: Projeto de Integração Medicina-Enfermagem-Comunidade.</p> |                                                               |                                           |                                                               |                                                                 | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | Anatomia (16 Sem.)                              | Bioquímica (17 Sem.)                        | I.C.S. (19 Sem.)                         | Histologia (15 Sem.)                          | Eletivo (16 Sem.)                                               | Anatomia (16 Sem.)<br>I.C.S. (1 Sem.)     | Bioquímica (17 Sem.)                                          | Área Verde (19 Sem.)<br>"Pimec" (10 Sem.) | Histologia (15 Sem.)                                          | Área Verde (16 Sem.) |
| SEGUNDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TERÇA                                                         | QUARTA                                    | QUINTA                                                        | SEXTA                                                           |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| Anatomia (16 Sem.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Bioquímica (17 Sem.)                                          | I.C.S. (19 Sem.)                          | Histologia (15 Sem.)                                          | Eletivo (16 Sem.)                                               |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| Anatomia (16 Sem.)<br>I.C.S. (1 Sem.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Bioquímica (17 Sem.)                                          | Área Verde (19 Sem.)<br>"Pimec" (10 Sem.) | Histologia (15 Sem.)                                          | Área Verde (16 Sem.)                                            |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| <p>Quadro 9 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 1º semestre da 2ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.</p> <table> <tr> <th>SEGUNDA</th><th>TERÇA</th><th>QUARTA</th><th>QUINTA</th><th>SEXTA</th></tr> <tr> <td>Fisiologia (19 Sem.)</td><td>Epidemiologia (18 Sem.)</td><td>Fisiologia (18 Sem.)</td><td>Farmacologia (9 Sem.)<br/>Micro/Imuno (9 Sem.)</td><td>Fisiologia (18 Sem.)</td></tr> <tr> <td>Eletivo (12 Sem.)</td><td>Epidemiologia (10 Sem.)<br/>Farmacologia (09 Sem.)</td><td>Área Verde (18 Sem.)</td><td>Genética (15 Sem.)</td><td>Eletivo (11 Sem.)</td></tr> </table>                                                                                                                                                                   |                                                               |                                           |                                                               |                                                                 | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | Fisiologia (19 Sem.)                            | Epidemiologia (18 Sem.)                     | Fisiologia (18 Sem.)                     | Farmacologia (9 Sem.)<br>Micro/Imuno (9 Sem.) | Fisiologia (18 Sem.)                                            | Eletivo (12 Sem.)                         | Epidemiologia (10 Sem.)<br>Farmacologia (09 Sem.)             | Área Verde (18 Sem.)                      | Genética (15 Sem.)                                            | Eletivo (11 Sem.)    |
| SEGUNDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TERÇA                                                         | QUARTA                                    | QUINTA                                                        | SEXTA                                                           |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| Fisiologia (19 Sem.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Epidemiologia (18 Sem.)                                       | Fisiologia (18 Sem.)                      | Farmacologia (9 Sem.)<br>Micro/Imuno (9 Sem.)                 | Fisiologia (18 Sem.)                                            |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| Eletivo (12 Sem.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Epidemiologia (10 Sem.)<br>Farmacologia (09 Sem.)             | Área Verde (18 Sem.)                      | Genética (15 Sem.)                                            | Eletivo (11 Sem.)                                               |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| <p>Quadro 10 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 2º semestre da 2ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.</p> <table> <tr> <th>SEGUNDA</th><th>TERÇA</th><th>QUARTA</th><th>QUINTA</th><th>SEXTA</th></tr> <tr> <td>Parasitologia (7 Sem.)<br/>Farmacologia (9 Sem.)</td><td>Farmacologia (9 Sem.)<br/>Patologia (9 Sem.)</td><td>Micro/Imuno (19 Sem.)</td><td>Patologia (17 Sem.)</td><td>Parasitologia (15 Sem.)</td></tr> <tr> <td>Fisiologia (19 Sem.)<br/>Eletivo (12 Sem.)</td><td>Fisiologia (9 Sem.)<br/>Patologia (4 Sem.)<br/>Eletivo (4 Sem.)</td><td>Área Verde (19 Sem.)</td><td>Fisiologia (8 Sem.)<br/>Eletivo (4 Sem.)<br/>Patologia (4 Sem.)</td><td>Eletivo (13 Sem.)</td></tr> </table>                                                     |                                                               |                                           |                                                               |                                                                 | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | Parasitologia (7 Sem.)<br>Farmacologia (9 Sem.) | Farmacologia (9 Sem.)<br>Patologia (9 Sem.) | Micro/Imuno (19 Sem.)                    | Patologia (17 Sem.)                           | Parasitologia (15 Sem.)                                         | Fisiologia (19 Sem.)<br>Eletivo (12 Sem.) | Fisiologia (9 Sem.)<br>Patologia (4 Sem.)<br>Eletivo (4 Sem.) | Área Verde (19 Sem.)                      | Fisiologia (8 Sem.)<br>Eletivo (4 Sem.)<br>Patologia (4 Sem.) | Eletivo (13 Sem.)    |
| SEGUNDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TERÇA                                                         | QUARTA                                    | QUINTA                                                        | SEXTA                                                           |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| Parasitologia (7 Sem.)<br>Farmacologia (9 Sem.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Farmacologia (9 Sem.)<br>Patologia (9 Sem.)                   | Micro/Imuno (19 Sem.)                     | Patologia (17 Sem.)                                           | Parasitologia (15 Sem.)                                         |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |
| Fisiologia (19 Sem.)<br>Eletivo (12 Sem.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fisiologia (9 Sem.)<br>Patologia (4 Sem.)<br>Eletivo (4 Sem.) | Área Verde (19 Sem.)                      | Fisiologia (8 Sem.)<br>Eletivo (4 Sem.)<br>Patologia (4 Sem.) | Eletivo (13 Sem.)                                               |         |       |        |        |       |                                                 |                                             |                                          |                                               |                                                                 |                                           |                                                               |                                           |                                                               |                      |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Foi recuperada uma foto, conforme figura 17, de inauguração da biblioteca da FAMEMA em um novo prédio, em 13/03/1996, com apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg.

Figura 17: Novo prédio da biblioteca da FAMEMA, 1996.



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Na sequência do processo de separar os documentos, localizei uma fonte documental que trazia uma série de trabalhos desenvolvidos no âmbito acadêmico no ano de 1996, intitulado “Anais UNI de 1996”, como segue a figura 18:

Figura18: Sumário dos trabalhos apresentados nos Anais UNI, 1996

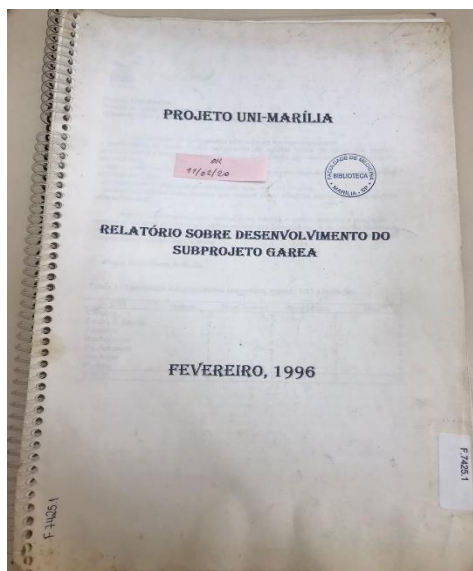
| Central de Investigação                                                                                                                                                                   | PROUNI  | Central de Investigação                                                                                                                                                             | PROUNI |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>SUMÁRIO</b>                                                                                                                                                                            |         |                                                                                                                                                                                     |        |
| 01 - A Visita Domiciliar Inserindo o Aluno à Realidade Comunitária.....                                                                                                                   | Pág. 09 | 30 - Avaliação clínica do uso de selante na prevenção da cárie, em dente permanente, das crianças da escola municipal John Kennedy no distrito de Guaravera - Londrina..            | 21     |
| 02 - Subprojeto de Capacitação de Lideranças Estudantis.....                                                                                                                              | 09      | 31 - Ocorrência das intoxicações e envenenamentos na zona sul do município de Londrina - PR.....                                                                                    | 22     |
| 03 - O planejamento como Instrumento Administrativo.....                                                                                                                                  | 09      | 32 - Factores Socioeconômicos y Culturales Que Inciden en la Aparición de la Caries de Biberón en Niños Menores de Cinco Años Afiliados al servicio Odontológico de COMFANDI.....   | 22     |
| 04 - Novos métodos de ensino para os cursos de enfermagem e medicina.....                                                                                                                 | 10      | 33 - Proyecto Estudiantil para la Comunidad Infantil de Amanecer.....                                                                                                               | 23     |
| 05 - O Papel do Odontologia Sanitária numa Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Docente Assistencial / Barra Rio Vermelho.....                                                          | 10      | 34 - Manual de Procedimentos em Hemodiálise e Diálise Peritoneal em uma Instituição de Ensino DF.....                                                                               | 23     |
| 06 - Educação para Saúde Oral: Uma Abordagem Psicológica.....                                                                                                                             | 11      | 35 - SUS - A busca de um novo modelo assistencial à saúde - estratégias de integração comunidade/serviços de saúde.....                                                             | 24     |
| 07 - Incidência e Prevenção de Parasitos Intestinais em Pré-Escolares.....                                                                                                                | 11      | 36 - Prevenção ao Abuso de Drogas pela Educação (P.A.D.E.).....                                                                                                                     | 24     |
| 08 - Abordagem Fisioterápica para Problemas Relacionados à Saúde da Criança.....                                                                                                          | 12      | 37 - Escovas dentais adaptadas para o paralisado cerebral.....                                                                                                                      | 25     |
| 09 - Levantamento Epidemiológico das Crianças Internadas nos Hospitais da Grande Natal Provenientes do Bairro de Cidade Nova.....                                                         | 12      | 38 - Relação entre condições de vida e enteroparasitose no Jardim Marabá.....                                                                                                       | 25     |
| 10 - Estudo Comparativo das Curvas de Crescimento.....                                                                                                                                    | 13      | 39 - Avaliação nutricional nos alunos de 1 série: Comparação entre o turno intermediário e vespertino da escola Abílio Feijó, Londrina - PR.....                                    | 26     |
| 11 - Abordagem Fisioterápica em Pacientes Diabéticos.....                                                                                                                                 | 13      | 40 - Incidência de enteroparasitoses em comunidade de Londrina - PR.....                                                                                                            | 26     |
| 12 - Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade: O que Temos e o que Almejamos?.....                                                                                                   | 13      | 41 - Custo operacional do centro de saúde do Jardim Leonor - Londrina - PR.....                                                                                                     | 27     |
| 13 - Abordagem Fisioterápica em Gestantes e Hipertensos.....                                                                                                                              | 14      | 42 - A sistemática da distribuição e prescrição de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde da região sul de Londrina.....                                                         | 27     |
| 14 - Levantamento Epidemiológico das Crianças Internadas nos Hospitais da Grande Natal, provenientes de Felipe Camarão.....                                                               | 14      | 43 - Diabetes: Análise global na Unidade Básica de Saúde Bandeirantes - Londrina - PR.....                                                                                          | 28     |
| 15 - Avaliação Clínica, Laboratorial e Nutricional das Crianças da Escola Emilia Ramos em 1995.....                                                                                       | 15      | 44 - Cárie dentária - conscientização e prevenção.....                                                                                                                              | 28     |
| 16 - Estudo da Ocorrência de Rota virus na População Infantil acometida de Diarréia Aguda.....                                                                                            | 15      | 45 - Enteroparasitose: casos no Jardim Santiago.....                                                                                                                                | 29     |
| 17 - Avaliação Bioquímica para determinar o Índice de Diabéticos do Centro de Saúde Aníbal Siqueira Cabral - Região Sul de Londrina.....                                                  | 15      | 46 - Gravidez na adolescência: estudo de 50 casos atendidos na Maternidade Municipal de Londrina - PR.....                                                                          | 29     |
| 18 - Avaliação cognitiva, física e motora de crianças de 04-24 meses de idade de Instituições da zona sul de Londrina.....                                                                | 16      | 47 - Condições do aleitamento materno em uma população assistida pela Unidade Básica de Saúde São Lourenço região sul de Londrina - PR.....                                         | 30     |
| 19 - Determinação da frequência de protozoários na cavidade oral humana, sua caracterização e determinação de alguns fatores de virulência.....                                           | 16      | 48 - Prevalência da hipertensão arterial na população do Jardim Bandeirantes - Londrina - PR.....                                                                                   | 30     |
| 20 - Levantamento Epidemiológico da prevalência de cárie dentária em crianças de 0 a 5 anos de idade residentes na zona sul do município de Londrina.....                                 | 17      | 49 - Perfil dos pacientes hipertensos atendidos no posto de saúde do Jardim Santiago - Londrina - PR.....                                                                           | 31     |
| 21 - Resposta imune e humoral e celular à Actinomyces comitatus em pacientes com periodontite.....                                                                                        | 17      | 50 - Avaliação nutricional das crianças da creche do Centro Social Urbano, Londrina - PR.....                                                                                       | 31     |
| 22 - Método parasitológico para diagnóstico da moléstia de Chagas em urina.....                                                                                                           | 18      | 51 - A questão da alimentação da comunidade, um estudo através da metodologia da problematização.....                                                                               | 32     |
| 23 - Estudo de Escherichia coli diarragênica: sorogrupagem, estudos de fatores de virulência, resistência à fagocitose, resistência a antimicrobiano, na região sul de Londrina - PR..... | 18      | 52 - Doenças respiratórias: em busca da prevenção.....                                                                                                                              | 32     |
| 24 - A questão da saúde bucal no atendimento integrado à criança de 0 a 5 anos de idade, na região sul de Londrina.....                                                                   | 19      | 53 - Situação das crianças asmáticas da Unidade Básica de Saúde do conjunto Cafezal - Londrina - PR.....                                                                            | 33     |
| 25 - Problemas de saúde e ações multiprofissionais: uma estratégia necessária para reorganização dos serviços.....                                                                        | 19      | 54 - Avaliação do nível de conhecimento dos adolescentes do Parque Ouro Branco sobre sexualidade.....                                                                               | 33     |
| 26 - Estudos das condições nutricionais das crianças da região sul do município de Londrina.....                                                                                          | 19      | 55 - AIDS numa comunidade de Londrina: população consciente ou desinformada?.....                                                                                                   | 34     |
| 27 - Prevenção do Câncer Bucal.....                                                                                                                                                       | 20      | 56 - Hipertensão arterial: análise da realidade da Unidade Básica de Saúde do Jardim Tóquio.....                                                                                    | 34     |
| 28 - DST: Um problema de saúde?.....                                                                                                                                                      | 20      | 57 - Gravidez na adolescência: Falta de informação?.....                                                                                                                            | 35     |
| 29 - Perfil dos pacientes da região sul do município de Londrina, portadores de pé diabético com lesão.....                                                                               | 21      | 58 - Conhecimento do auto exame de mama e da citologia oncológica entre as mulheres residentes na área de abrangência do Posto de Saúde do Jardim Bandeirantes - Londrina - PR..... | 35     |

| Central de Investigação                                                                                                                                                                          | PROUNI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 59 - Higiene bucal infantil: atenção primária para prevenção e manutenção da saúde.....                                                                                                          | 36     |
| 60 - Estudos sobre sexualidade do adolescente da Vila Ricardo do município de Londrina - PR.....                                                                                                 | 36     |
| 61 - Doenças sexualmente transmissíveis.....                                                                                                                                                     | 37     |
| 62 - O problema da aquisição de medicamentos na rede pública de saúde de Londrina.....                                                                                                           | 37     |
| 63 - Situação dos hipertensos do posto de saúde do Conjunto Cafezal - Londrina - PR.....                                                                                                         | 37     |
| 64 - Posto de saúde do Jardim Leonor - Plantão 24 horas: da atuação real à ideal.....                                                                                                            | 38     |
| 65 - Diagnóstico da situação vacinal das crianças de 0 a 5 anos de idade, São Lourenço - Londrina - PR.....                                                                                      | 38     |
| 66 - Prevalência de enteroparasitoses no Jardim União da Vitória Londrina - PR.....                                                                                                              | 38     |
| 67 - Índice da mortalidade por câncer na região de Londrina no período de 1981 a 1991.....                                                                                                       | 39     |
| 68 - Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde.....                                                                                                           | 39     |
| 69 - Actividades Comunitarias de los estudiantes de la Facultad de Medicina con el Adulto Mayor en Santa Rosa.....                                                                               | 39     |
| 70 - Drogas e Alcool no União da Vitória.....                                                                                                                                                    | 40     |
| 71 - PEEPIN.....                                                                                                                                                                                 | 40     |
| 72 - Projeto Ouro Branco.....                                                                                                                                                                    | 41     |
| 73 - Algas de coluna na terceira idade.....                                                                                                                                                      | 42     |
| 74 - Implantação de um Modelo Multidisciplinar de Acompanhamento do Desenvolvimento de Bebês no primeiro ano de vida, em Instituições do Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho, Salvador BA..... | 42     |
| 75 - Índice por autores(as) principais e ou coordenadores(as) com respectivos endereços para contato.....                                                                                        | 43     |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Outro documento localizado referia-se a um Projeto denominado Gharea, da figura 19, a seguir:

Figura 19: Projeto Gharea

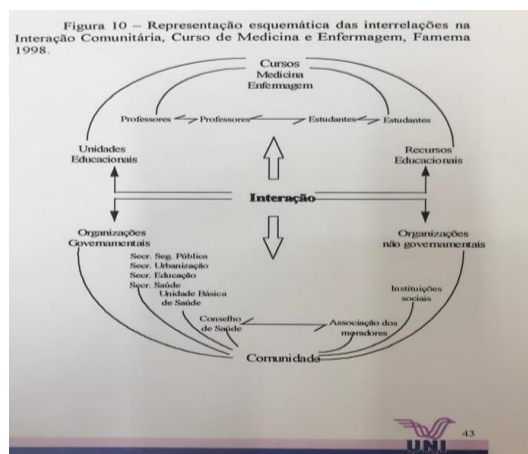


Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Localizei, em seguida, um Relatório de avaliação, relacionado à fase de consolidação do Projeto UNI, com as avaliações iniciais da implantação do novo

currículo no curso de Medicina, além da proposta do novo currículo do Curso de Enfermagem, da implementação territorial e de regiões de saúde na organização dos serviços de saúde e da participação da comunidade na melhoria da saúde e da qualidade de vida. O eixo organizador se constituiu a partir das interações entre os cursos da FAMEMA e os diferentes setores/agentes, conforme mostra a figura 20, da sequência:

Figura 20: Interrelações entre o curso de Medicina da FAMEMA e a comunidade



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Ocorreram, também, Feiras de Saúde, na busca pela integração entre Ensino-Serviço e Comunidade, como mostram as fotos da Figura 21, que segue:

Figura 21: Feira de exposição de órgãos humanos, FAMEMA, 1997



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

A figura relacionada à feira de exposição retrata o envolvimento dos alunos nas propostas da faculdade, bem como o engajamento da sociedade, evidenciando o importante vínculo entre escola e comunidade. Esse aspecto é ilustrado na figura ao

lado, que mostra uma reunião comunitária entre membros da FAMEMA e líderes das comunidades.

Ocorreram, ainda, diversos encontros das associações de moradores para a apreciação das propostas do Projeto UNI, contando, inclusive, com a presença do vice-prefeito da cidade de Marília na época, conforme Figura 22, a seguir:

Figura 22: Plenária de moradores com membros da FAMEMA



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Outra foto localizada foi um cronograma de uma semana padrão de atividades da 1ª série do curso de Medicina, conforme figura 23:

Figura 23: Semana Padrão, curso de Medicina. FAMEMA, 1997.

| SEGUNDA               | TERÇA                 | QUARTA                                          | QUINTA                  | SEXTA                                                                    |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Anatomia<br>(16 Sem.) | Anatomia<br>(16 Sem.) | Psicologia<br>(8 Sem.)<br>Anatomia<br>(7 Sem.)  | Histologia<br>(15 Sem.) | Integração<br>(4 Sem.)<br>Anatomia<br>(8 Sem.)<br>Histologia<br>(3 Sem.) |
| Anatomia<br>(16 Sem.) | Anatomia<br>(16 Sem.) | Área Verde<br>(15 Sem.)<br>"Pimec"<br>(11 Sem.) | Histologia<br>(15 Sem.) | Área Verde<br>(15 Sem.)                                                  |

Quadro 8 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 2º semestre da 1ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.

| SEGUNDA                                     | TERÇA                   | QUARTA                                          | QUINTA                  | SEXTA                   |
|---------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Anatomia<br>(16 Sem.)                       | Bioquímica<br>(17 Sem.) | I.C.S.<br>(19 Sem.)                             | Histologia<br>(15 Sem.) | Eletivo<br>(16 Sem.)    |
| Anatomia<br>(16 Sem.)<br>I.C.S.<br>(1 Sem.) | Bioquímica<br>(17 Sem.) | Área Verde<br>(19 Sem.)<br>"Pimec"<br>(10 Sem.) | Histologia<br>(15 Sem.) | Área Verde<br>(16 Sem.) |

Legenda  
Integração: Recepção e integração do aluno na Faculdade  
I.C.S.: Introdução à Ciência da Saúde  
PIMEC: Projeto de Integração Medicina-Enfermagem-Comunidade.

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Por fim, as primeiras fontes documentais possibilitaram uma aproximação inicial aos principais marcos da trajetória histórica do ensino na FAMEMA, com ênfase na implantação do Projeto UNI-Marília, financiado pela Fundação Kellogg.

Conforme o quadro teórico-metodológico da pesquisa, fundamentado na teorização da “Nova Repartição Cultural” (De Certeau, 2022), por meio da qual ocorre a seleção e sistematização das fontes, ressalto que a organização da história está sempre relacionada a um tempo e a um lugar específicos. Isso se deve, inicialmente, às técnicas de produção utilizadas. De modo geral, cada sociedade pensa a si mesma historicamente com os instrumentos que lhe são próprios. No entanto, o termo “instrumento” pode ser equívoco. Não se trata apenas de meios, pois, como demonstrou Serge Moscovici, a história é mediatizada pela técnica (De Certeau, 2022, p. 42). Na verdade, a história só se constrói por meio do recurso a uma multiplicidade de documentos e, consequentemente, de técnicas. Poucas ciências são obrigadas a utilizar, simultaneamente, tantas ferramentas distintas, dado que os fatos humanos são, em comparação com os demais, complexos (De Certeau, 2022).. A esse respeito, Bloch (2001, p. 55) afirma:

Em relação ao tempo histórico, o historiador não apenas “pensa humano”. A atmosfera em que seu pensamento respira naturalmente é a categoria da duração. Decerto, dificilmente se imagina que uma ciência, qualquer que seja, possa abstrair do tempo. Entretanto, para muitas dentre elas, que, por convenção, o desintegram em fragmentos artificialmente homogêneos, ele representa apenas uma medida. Realidade concreta e viva submetida à irreversibilidade de seu impulso, o tempo da história, ao contrário, é o próprio plasma em que se engastam os fenômenos e como o lugar de sua inteligibilidade.

Ao encontro de De Certeau (2002), é que o homem se situa na ponta extrema da natureza.

## 2.2 Teses e dissertações – 2º conjunto de fontes

As maneiras de fazer ciência, como as nossas próprias experiências sugerem, se inscrevem em territórios movediços, nos quais as práticas cotidianas, por meio de gestos e relatos, organizam os campos, os lugares de saber/poder e o estatuto das ciências (De Certeau, 2002, p.45 *apud* Ferraço; Soares; Alves, 2002, p.47).

Nossas ciências surgiram com o gesto histórico “moderno” que despolitizou a pesquisa ao instaurar campos “desinteressados” e “neutros”, apoiados por instituições científicas. Esse gesto continua organizando, frequentemente, a ideologia exibida por alguns círculos científicos. Mas o desenvolvimento do que se tornou possível por esse gesto acabou por inverter seu alcance. [...]. Atualmente, convém, portanto, “politizar de novo” as ciências.

Na verdade, subliminar a singularidade de cada análise é questionar a possibilidade de uma ampla sistematização e considerar, como componente relevante ao problema, a necessidade de uma discussão proporcionada a uma pluralidade de procedimentos científicos e de funções sociais. Por aí se encontra, já esboçada, a função dos discursos que possuem potencial para esclarecer a questão, e que se inscrevem, eles próprios, em seguimento a ou ao lado de muitos outros: enquanto falam da história, estão sempre situados na história (Ferraço; Soares; Alves, 2002, p.4).

É nessa premissa que me motivou a buscar pesquisas de autores que vivenciaram o registraram em seus trabalhos aspectos relacionados à mudança do ensino no curso de Medicina da FAMEMA. De fato, há uma pluralidade de procedimentos científicos que sustentam as buscas, escritas e defesas que constituíram nossa pesquisa. Ao me conscientizar que o fazer ciência exigiria, na prática, uma inserção direta/indireta em terrenos movediços, ainda que parte de minha história e de minha trajetória acadêmica e

profissional esteve e pertence à FAMEMA, entendi a necessidade de seguir os critérios metodológicos estabelecidos desde o projeto da pesquisa.

Após vários períodos e aproximações para separar e repartir as fontes documentais pertencentes à “Caixa 1”, em constante diálogo com os funcionários da biblioteca, os quais, em ampla maioria, vivenciaram o processo de transição do método e implantação do Projeto UNI-Marília, durante uma das tardes em que estive na biblioteca da FAMEMA, um desses funcionários (M) relatou que alguns docentes da FAMEMA que também vivenciaram todas essas fases haviam escrito Teses de Doutorado e Dissertações de Mestrado que traziam relatos sobre fatos históricos da trajetória do ensino na instituição. Fui, então, em busca dessas fontes documentais, no repositório de dissertações e teses.

A biblioteca da FAMEMA possui cinco computadores na sala de buscas e orientações, utilizada frequentemente para orientações de trabalho de conclusão de curso, além de capacitações da bibliotecária aos alunos sobre as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Na sequência, há um laboratório de informática no piso inferior, destinado para aulas do programa de mestrado acadêmico e profissional, além de capacitações gerais, em parceria com a UNIVESP (Universidade Virtual do Estado de São Paulo), e que conta com quarenta computadores. Além disso, há um computador no piso intermediário da biblioteca, destinado aos alunos para a realização de buscas e localização de fontes bibliográficas, documentais e audiovisuais. Acessei, por esse computador, o acervo digital da biblioteca da FAMEMA, o SophiA, e, conforme mencionado, utilizei para busca os termos “História da FAMEMA”, “Trajetória do ensino na FAMEMA”, “PBL e FAMEMA”, “Projeto UNI” e “Fundação Kellogg e FAMEMA”. Pelo número de chamada, localizei as teses e dissertações, somando um total de seis estudos, sendo cinco teses de doutorado e uma dissertação de mestrado.

Assim, busquei o currículo *lattes* dos docentes em questão, para caracterizar o perfil de cada um, titulação, área de atuação e produções acadêmicas até o ano de 2024, conforme quadro 3:

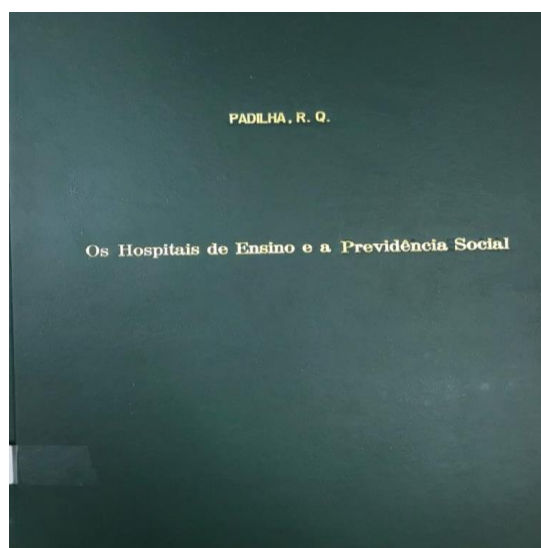
Quadro 3: Relação dos Docentes localizados a partir de suas produções relacionados ao processo de mudança do método de ensino na FAMEMA, segundo nome, titulação e área de formação

| Nome                                         | Formação   | Titulação                      | Produções (Artigos)                           |
|----------------------------------------------|------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Roberto de Queiroz Padilha</b>            | Medicina   | Doutor em Medicina Interna     | 24 artigos, 6 livros e 12 capítulos de livros |
| <b>Valéria Vernaschi Lima</b>                | Medicina   | Pós-Doutorado em Saúde Pública | 22 artigos, 1 livro e 19 capítulos de livro   |
| <b>Kátia Terezinha Alves Rezende</b>         | Enfermagem | Doutora em Saúde Pública       | 17 artigos e 13 capítulos de livro            |
| <b>Luzmarina Aparecida Doretto Bracciali</b> | Enfermagem | Doutora em Enfermagem          | 46 artigos, 1 livro e 7 capítulos de livro    |
| <b>Danielle Abdel Massih Pio</b>             | Psicologia | Doutora em Saúde Coletiva      | 44 artigos, 3 livros e 20 capítulos de livro  |
| <b>Adriana Porto Nunes Gazetta</b>           | Medicina   | Mestre em Educação             | 3 artigos                                     |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

O estudo de Padilha (1996), proveniente de sua tese de doutorado, intitulado “O hospital de ensino e a previdência social”, como segue na figura 24, aborda o processo de desenvolvimento do Hospital das Clínicas de Marília, no período de 1983 a 1991, como exemplo da trajetória de um hospital de ensino. Para isso, o autor percorreu, entre outros importantes tópicos, a trajetória histórica da FAMEMA, passando por suas raízes metodológicas (inicialmente pautadas no modelo tradicional de ensino, como na Universidade de São Paulo), a criação dos cursos de Medicina e Enfermagem, os atores que faziam parte de toda a estrutura acadêmica, os movimentos estudantis em busca de melhorias para o ensino, até os processos de melhorias no que tange à estrutura física da Faculdade.

Figura 24: Tese de doutorado, Padilha (1996)



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Como mencionado, o objetivo central do estudo de Padilha (1996) foi o processo de desenvolvimento do Hospital das Clínicas de Marília, campo central para estágio e internato médico dos alunos do curso de Medicina da FAMEMA. Nesse sentido, em relação ao Hospital das Clínicas (Hospital-Escola), trata-se de:

Um hospital de médio porte, que pode ser caracterizado como que de nível secundário, quando focado sob a ótica da planta física e equipamento, tendo um bom corpo clínico, que o torna um hospital regional com importante missão assistencial, uma vez que atende o Funrural regional e a população não previdenciária, portanto, atende a população de forma universal... de uma maneira geral a planta física, instalação estão obsoletas, sua vida útil esgotada e com muitas carências graves. (Padilha, 1996, p. 41).

Padilha (1996) ainda trouxe um recorte da realidade da saúde naquele contexto, conforme figura 25, da sequência, listando as principais causas de internação a partir do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social):

Figura 25- Indicadores de internações ao fim da década de 90 no município de Marília/SP

99

Tabela 19 - Distribuição das internações (nº, % e posto) segundo principais causas, na rede contratada do INAMPS, Brasil, 1986

| Causa de Internação          | Nº        | %    | Posto |
|------------------------------|-----------|------|-------|
| Compl.Gravidez,Parto         | 1.853.626 | 22,4 | 1º    |
| D.Ap. Respiratório           | 1.403.302 | 17,0 | 2º    |
| D.Ap. Circulatório           | 1.046.619 | 12,6 | 3º    |
| D.Infec.Parasitárias         | 735.926   | 8,9  | 4º    |
| D.Ap.Geniturinário           | 681.434   | 8,2  | 5º    |
| D.Ap. Digestivo              | 634.246   | 7,7  | 6º    |
| Demais Causas                | 617.208   | 7,5  | 7º    |
| Lesões e Envenenamentos      | 401.676   | 4,9  | 8º    |
| Transtornos Mentais          | 274.508   | 3,3  | 9º    |
| D.End.,Met.,Nut.,Imunitários | 249.760   | 3,0  | 10º   |
| Neoplasmas                   | 241.727   | 2,9  | 11º   |
| Sint. Mal Definidos          | 131.057   | 1,6  | 12º   |
| Total                        | 8.269.089 | 100  |       |

Fonte: INAMPS, Departamento de Informação em Saúde

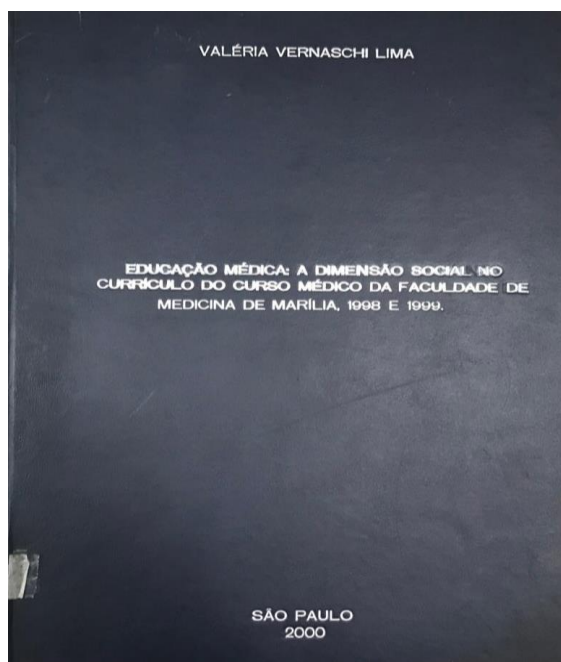
Fonte: Padilha (1996, p. 99).

Assim, é possível perceber que, nos anos que antecederam o movimento de transição do método de ensino e aprendizagem nos cursos médicos da FAMEMA, os problemas de saúde mais recorrentes centravam-se no contexto da atenção terciária, como problemas obstétricos e doenças do aparelho respiratório e circulatório, em específico na assistência à saúde do adulto/idoso. Fica, portanto, a inquietude acerca desse dado, a partir do seguinte questionamento: a epidemiologia, em sua ampla

maioria, voltada para medidas curativas de saúde, característica peculiar da atenção terciária, era uma realidade da época ou os modelos de assistência em saúde se estruturavam na perspectiva da assistência biomédica?

Na sequência, localizei o estudo de Lima (2000), figura 26, com a mesma estratégia de busca utilizada para a localização da pesquisa de Padilha (1996). Trata-se de uma tese de doutorado, que aborda os pressupostos da reforma curricular do curso de Medicina da FAMEMA, no ano de 1997, a partir da orientação do currículo voltado para a comunidade, como opção ao modelo biomédico, em vigência há décadas nos espaços educacionais. Levou-se em conta a integração das óticas biológicas, psicológicas e sociais. Foram elencados diversos elementos que contribuíram para esse processo de construção, entre eles, a participação e relevância do Projeto UNI.

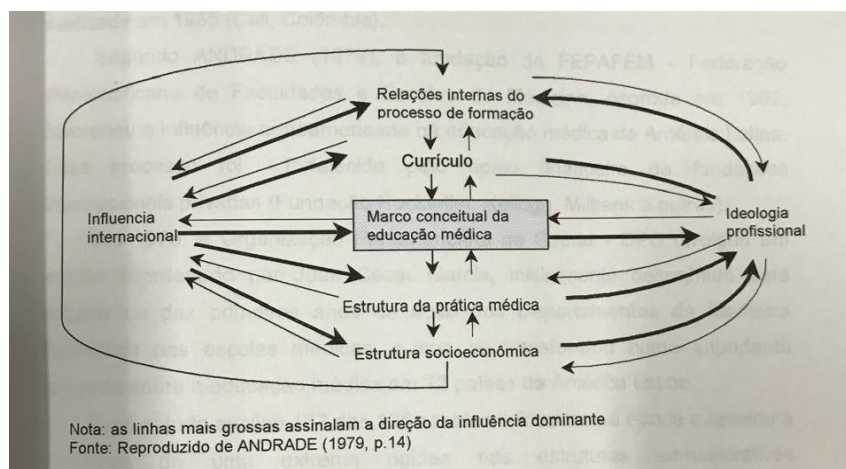
Figura 26- Tese de Doutorado (Lima, 2000).



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Além do exposto, observei que Lima (2000) refletiu sobre os principais componentes e relações da educação médica, como as estruturas das disciplinas, o currículo, as influências profissionais e as relações no processo de formação.

Figura 27: Relação entre a formação médica e o currículo

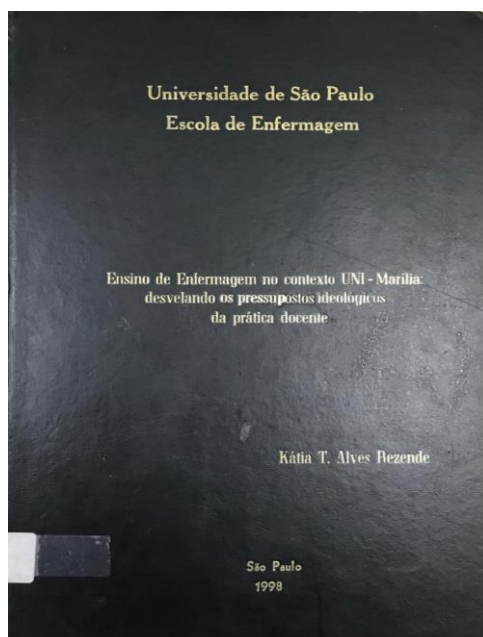


Fonte: Lima (2000).

A partir da Figura 27 e da legenda explicativa, percebe-se que a visão de educação médica dos docentes predominava, evidentemente, na organização curricular, além das influências internacionais (2ª guerra mundial). Porém, Lima (2000) afirma que a estrutura econômica e social, assim como a prática médica já existente, são os fatores de maior peso em todo esse contexto.

Localizei, na sequência, ainda utilizando a mesma estratégia de busca dos estudos anteriores, a pesquisa realizada por Rezende (1998). A partir de sua tese de doutorado, Rezende (1998) aborda os aspectos que caracterizaram o processo de reestruturação do ensino na FAMEMA a partir do Projeto UNI-Marília, considerando ainda a relevância do referido Projeto na tentativa de aproximação das diferentes disciplinas do curso de Enfermagem das bases teórico-conceituais que fundamentam o SUS. A partir de uma análise documental dos pressupostos que constituíram a execução do Projeto UNI-Marília, evidenciou-se a necessidade de consistência teórica aos docentes do curso de Enfermagem para que fosse possível o direcionamento a novas práticas. Isso, segundo Rezende (1998), se devia à formação dos professores a partir dos modelos de ensino da época, sustentados no modelo biológico.

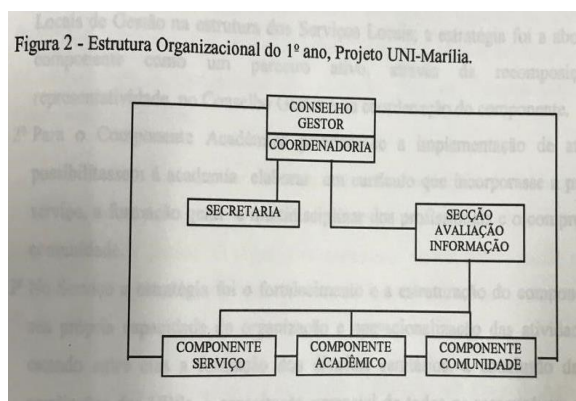
Figura 28: Tese de doutorado, Rezende (1998).



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Rezende (1998) sistematizou em sua tese a forma como se organizou o Projeto UNI-Marília, com ênfase nos componentes acadêmico, serviço e comunidade, conforme figura 29, a seguir:

Figura 29: Estrutura organizacional do 1º ano do Projeto UNI-Marília



Fonte: Rezende (1998).

Na sequência, em uma das noites em que fui até a biblioteca para dar continuidade a escrita desta pesquisa, em diálogo com uma das funcionárias que trabalham no período noturno (Sra. L.), descobri que uma das professoras com quem tive aulas durante os anos da graduação em Enfermagem havia escrito sobre o currículo

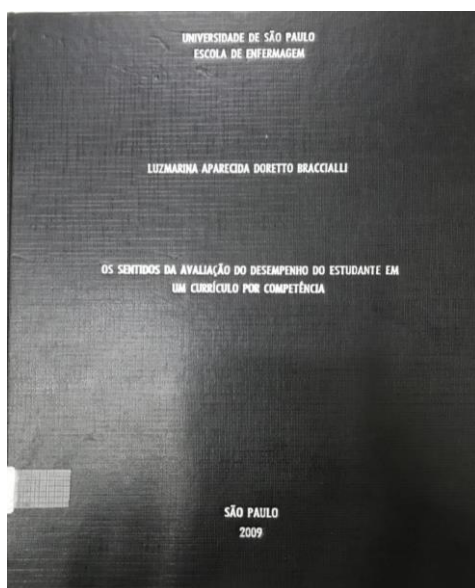
da Faculdade. A professora em questão, faz parte do quadro de docentes da FAMEMA desde o ano de 1985. Pensei, então, na possibilidade da pesquisa dessa professora contemplar aspectos da trajetória do ensino na FAMEMA.

De fato, a história se encontra desfavorável às certezas. O essencial é fazer uma leitura dos documentos e dos dados e informações dos testemunhos desde que consigamos interrogá-los. Além disso, toda investigação histórica supõe, desde seus primeiros passos, que a investigação já tenha uma direção (Bloch, 2001, p.27). Ainda, a historiografia (ou seja, a história escrita), traz em seu próprio nome o paradoxo do relacionamento de dois termos antinômicos: o real e o discurso. Ela tem a tarefa de articulá-los e, onde esse laço não é pensável, fazer como se os articulasse (De Certeau, 2002).

Nessa perspectiva, considerando a importância dos diálogos e relatos, associados às fontes documentais na busca para responder os questionamentos da pesquisa, fui até um dos computadores da biblioteca, acessei o portal da Biblioteca da FAMEMA e, no campo de busca, selecionei a opção de busca por autor. Após digitar o sobrenome dessa professora, consegui localizar sua pesquisa no acervo digital da FAMEMA.

A pesquisa de Braccialli (2009) também se trata de uma tese de doutorado, intitulada “Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência”.

Figura 30: Tese de Doutorado, Braccialli (2009).



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Para Braccialli (2009), sua tese aborda, a partir de uma pesquisa qualitativa, a análise do processo de avaliação da aprendizagem do estudante em um currículo integrado, orientado por competência, nos cursos de graduação em Enfermagem, em específico no cenário de Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP), sendo evidenciada a necessidade de reflexão coletiva sobre as práticas pedagógicas, que permitam repensar as formas de organização do trabalho docente, além da necessidade de aliança entre os cursos de Medicina e Enfermagem.

Um dos fatores que motivou a escrita da pesquisa de Bracciliali (2009) foram as práticas pedagógicas pautadas em procedimentos técnicos, ancoradas na transmissão de conteúdo, evidenciando um distanciamento entre professor e aluno.

Então, Braccialli (2009) percorreu pelo processo de transição do método na FAMEMA, nas décadas de 1980 e 1990, com ênfase nos aspectos que marcaram essa mudança, no currículo, que fragmentava as correlações teórico-práticas e no ensino, centrado na pedagogia transmissiva.

Por fim, ainda em sua pesquisa, Braccialli (2009) ainda traz a forma na qual se estruturou o processo de ensino e aprendizagem no curso de Medicina da FAMEMA, centralmente no método *Problem-Based Learning* (PBL), onde, a partir do ano de 1997, período em que ocorreu de forma específica a mudança do método de ensino tradicional para as metodologias de aprendizagem ativa. Desta forma, o PBL, organizado em forma de Tutoria, passou a seguir os seguintes passos:

- Apresentação da situação problema;
- Esclarecimento de termos desconhecidos ou dúvidas em relação à situação problema;
- Definição e resumo do problema, com identificação de áreas/pontos relevantes;
- Análise do problema utilizando os conhecimentos prévios (*Brain-Storm*);
- Desenvolvimento dos objetivos de aprendizagem e identificação dos recursos de aprendizagem apropriados;
- Busca de informações e estudo individual;
- Compartilhamento da informação obtida e aplicação na compreensão do problema;
- Avaliação do trabalho do grupo e dos seus membros (Zanolli, 2004; Tsuji; Silva, 2004).

Além disso, após transcorrer e refletir sobre os principais marcos da trajetória histórica do método de ensino e aprendizagem da FAMEMA, Braccialli (2009) estruturou os modelos e formatos de avaliação adotados pela FAMEMA no curso de

Medicina após a transição do método e implantação do currículo integrado, orientado por competência profissional, conforme imagens da figura 31:

Figura 31: Ferramenta de avaliação do desempenho do estudante

Introdução | 74

**Quadro 1 - Formatos utilizados para a avaliação do desempenho do estudante**

| Número | Título do formato                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Responsável pelo preenchimento |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| F1     | Avaliação Final do processo ensino-aprendizagem do estudante nas Unidades Educacionais Sistematizadas UES(s) e Unidade de Prática Profissional (UPP)/Laboratório de Prática Profissional (LPP)                                                                                                                   | Coordenador da série           |
| F2     | Formato de Prescrição e Recuperação do processo ensino-aprendizagem do estudante nas (as) UES UPP/LPP, Exercício de Avaliação Cognitiva (EAC)/Recuperação do Exercício de Avaliação Cognitiva (REAC), Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) e Exercício de Avaliação Baseado em Problemas (EABP) | Professor                      |
| F3     | Avaliação do processo ensino-aprendizagem do estudante: UES, UPP/LPP, Eletivo e Investigação Científica/Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)                                                                                                                                                                     | Professor                      |

Fonte: Manual de Avaliação, 2006

Os formatos F1, F2, F3 são utilizados para o registro da avaliação do desempenho do estudante no processo ensino-aprendizagem. O F3 contribui significativamente para avaliação do desempenho do estudante, ajudando-o a firmar o conceito de competência. Além desses, o estudante faz registros no formato de avaliação do professor (F4). Estudantes e professores também avaliam as unidades educacionais (F5).

**Quadro 2 - Instrumentos utilizados para a avaliação do estudante**

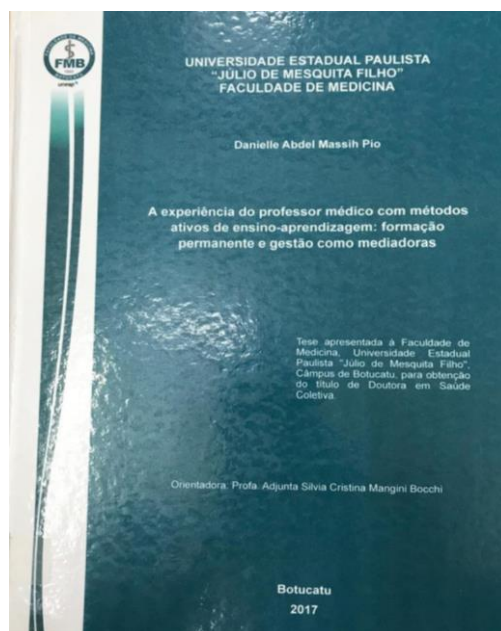
| Título do instrumento                                  | Responsável(is) pela construção    |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------|
| EAC - Exercício de Avaliação Cognitiva                 | Equipe de Construção da UES        |
| EAPP - Exercício de Avaliação da Prática Profissional  | Equipe de Construção da UPP        |
| Investigação Científica/TCC                            | Estudante e Professor              |
| EABP - Exercício de Avaliação Baseado em Problemas     | Equipe de Construção da UES        |
| EAPS - Exercício de Avaliação de Planejamento em Saúde | Equipe de Construção da UPP        |
| TP - Teste de Progresso                                | Comitê de Avaliação do Estudante 1 |
| Portfólio reflexivo                                    | Estudante e Professor              |

Fonte: Manual de Avaliação, 2006

Fonte: Bracciali, 2009.

Na sequência, localizei a tese de doutorado de Pio (2017), intitulada “a experiência do professor médico com métodos ativos de ensino-aprendizagem: formação permanente e gestão como mediadoras”, que traz a reflexão sobre as experiências de docentes do curso de Medicina da FAMEMA. Para isso, assim como o estudo de Nunes, aborda aspectos importantes relacionados ao processo de mudança curricular do curso de Medicina da FAMEMA, explorando o relevante papel do Projeto UNI-Marília nesse processo.

Figura 32: Tese de Doutorado, Pio (2017).



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

Pio (2017), em sua tese, contextualiza o movimento de mudança da proposta curricular do curso de Medicina da FAMEMA, destacando importantes vertentes das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde. A partir de 2001, essas diretrizes passaram a preconizar uma formação médica generalista, crítica, reflexiva e humanista, alinhada às realidades locais por meio de situações-problema que retratam as condições de saúde da população, reforçando a relação entre o processo formativo e o processo de trabalho em saúde. Nesse contexto, a FAMEMA passou a adotar um currículo integrado, orientado por competências.

A partir de então, a formação médica, anteriormente fundamentada na qualificação profissional, passou a estruturar-se no desenvolvimento de competências, considerando os conteúdos aprendidos no exercício das atividades profissionais, em consonância com o contexto, a cultura local e os valores éticos (Sousa; Pestana, 2009).

Pio (2017) apresentou essas informações em sua tese para contextualizar os pressupostos que nortearam e motivaram a FAMEMA na busca por mudanças necessárias à formação médica. No entanto, as necessidades de mudança voltadas ao modelo pedagógico em vigência na instituição remontam à década de 1970. Como mencionado, após a fundação da FAMEMA, em 1966, houve períodos de intensas crises durante os anos 1970, uma vez que o método de ensino e aprendizagem, pautado

em vertentes tradicionais e com baixa incorporação de recursos educacionais voltados à qualificação docente, tornava o processo de ensino dependente de esforços individuais.

Anos mais tarde, Pio (2017) trouxe em sua tese reflexões sobre a iniciativa do Projeto UNI-Marília, financiado pela Fundação Kellogg, que apoiava reformas curriculares e estruturais nos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA. A esse movimento somaram-se a mudança na direção da escola e sua estadualização, ocorrida em 1994.

Na prática, o processo de mudança curricular no curso de Medicina teve início com o estabelecimento das Unidades Educacionais Interdisciplinares, verticais e horizontais, a partir de 1997, com base na premissa de que os problemas e as necessidades de saúde da população deveriam nortear a definição dos objetivos educacionais. Com o intuito de capacitar os estudantes para o processo contínuo de aprender a aprender, realizaram-se fóruns de avaliação até que, em 2003, o novo currículo foi definitivamente implementado.

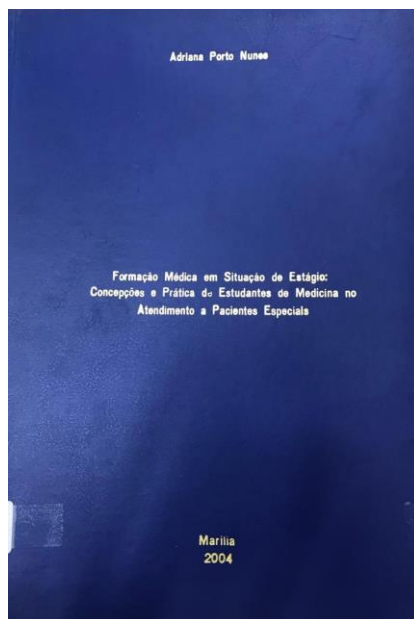
Desde então, os currículos dos cursos de Medicina e Enfermagem passaram a contar com três componentes principais: a Unidade Educacional Sistematizada (UES), a Unidade de Prática Profissional (UPP) e a Unidade Educacional Eletiva (UEE). A UPP contempla tanto cenários reais (Unidade de Saúde da Família – USF; Unidade Básica de Saúde – UBS; Hospital; Ambulatório) quanto cenários simulados (LPP). Desde o primeiro ano letivo, os estudantes iniciam atividades em contextos reais da prática profissional. Nos dois primeiros anos, há integração entre os cursos de Medicina e Enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). O Laboratório de Práticas Profissionais (LPP) traz situações simuladas, previamente estruturadas pelos docentes.

O Apoio é outro momento do LPP, realizado com a participação de um professor de Semiologia, cuja função é explorar, junto aos estudantes, as prescrições obtidas nas práticas (Faculdade de Medicina de Marília, 2015). Já a UES parte da discussão de casos em papel, caracterizando-se, portanto, pelo uso da metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Por sua vez, a UPP, que insere o estudante no mundo do trabalho em saúde, adota a Metodologia da Problematização (Berbel; Gamboa, 2012).

Na sequência, localizei uma única Dissertação de Mestrado realizado por Nunes (2004), intitulada “Formação médica em situação de estágio: concepções e práticas de estudantes de Medicina no atendimento a pacientes especiais”. Essa pesquisa ilustra aspectos importantes da formação médica de um dos cursos da FAMEMA. Para isso,

percorre o processo de reestruturação do currículo na perspectiva do ensino por pesquisa, ampliando a ótica para os anos finais de implantação das mudanças do método com o auxílio do Projeto UNI-Marília, atribuindo relevância às ideias centrais desse projeto, sendo o eixo divisório da trajetória histórica do ensino na FAMEMA.

Figura 33- Dissertação de Mestrado, Nunes (2004).



Fonte: Acervo documental- FAMEMA

As pesquisas de Lima (2000), Rezende (1998) e Nunes (1994) convergem ao apresentarem dados gerais sobre o processo de reforma curricular dos cursos da FAMEMA. Os estudos dos demais autores mostraram enfoques distintos. Enquanto Braccialli (2009) expôs resultados acerca do método de avaliação no EAPP, Padilha (1996) evidenciou aspectos da trajetória histórica do Hospital das Clínicas de Marília, e Pio (2017) trouxe resultados sobre experiências de docentes nos cursos médicos da FAMEMA. No entanto, mesmo possuindo objetos de estudo distintos, tais pesquisas percorreram por aspectos importantes da trajetória histórica do ensino na FAMEMA, mencionando, como fator imprescindível para esse movimento, o papel do Projeto UNI-Marília.

Diante disso, é possível afirmar que, em relação às teses selecionadas para compor *corpus* investigativo de nossa pesquisa, elas apresentam importantes contribuições para este estudo, porém, foi possível reafirmar a necessidade da escrita de uma história sobre a trajetória do ensino na FAMEMA, desde o ano de sua implantação

até os tempos de transição do método de ensino e aprendizagem. Isso por que, de acordo com Castro (2014, p. 14), a trajetória de tais cursos “[...] precisam ser analisadas como lócus que contribuem para que os ideias, tanto institucionais, quanto de sujeitos individuais se estabeleçam e se perpetuem.” Neste contexto, mostra-se a necessidade de se compreender dados e informações de fontes que englobam aspectos gerais da sociedade e de uma instituição, levando em conta sua estrutura administrativa e física.

Trata-se de fontes mediante as quais acreditamos poder compreender como dados aspectos legais e institucionais podem contribuir para que dada concepção de educação penetre no interior de uma escola e se materialize em suas propostas, planejamentos e programas. Essas fontes, portadoras do discurso oficial dos agentes dos sistemas educacionais, necessitam ser tomadas como instrumentos que fornecem condições ideológicas e materiais [aos processos das instituições], conforme afirmações de Goodson (1997). Uma vez carregadas dos objetivos e ideais, tendem a constituir uma retórica, expressa nos vários tipos de fontes. Tal retórica, ao ser apropriada pelos sujeitos da escola penetra no interior das escolas e nortearam os vários processos de construção dos documentos da escola, como, por exemplo, os programas e planejamentos. Goodson (1997) afirma que as retóricas mais eficazes são aquelas que conseguem associar com êxito interesses materiais, idealistas e morais. (Castro, 2014, p. 94).

Após separar e analisar o primeiro conjunto de fontes que constituem esta pesquisa, durante a leitura, escrita e movimentos de reflexões, algo que me chamou a atenção, tanto em trechos da introdução como na Tese de Doutorado de Padilha (1996), foi a força dos movimentos estudantis e voz ativa e participativa que eles participaram e possuem em todo contexto de ensino. Nesse sentido, busquei documentos e/ou fontes que possuíssem potencial de relatar a essência da força acadêmica dos movimentos estudantis da FAMEMA.

Na FAMEMA existe o Diretório Acadêmico Christiano Altenfelder (DACA), composto por estudantes do curso de Medicina. Me lembrei desse diretório pois o conhecia desde os anos da minha formação na graduação. Então, realizei buscas no acervo eletrônico da biblioteca da FAMEMA, utilizando os descritores “DACA”, “Movimentos Estudantis” e “Diretório Acadêmico FAMEMA”. Não localizei qualquer fonte no acervo da biblioteca. Perguntei, então, para a bibliotecária se havia algum documento que abordasse questões relacionadas ao DACA, porém, ela disse que não havia. Acessei, então, o *site Google* e, no campo de busca, digitei “DACA FAMEMA”. Localizei o *site* do DACA, onde encontrei informações relacionadas ao Diretório.

O *site*, de forma geral, está em construção. Porém, percebi que o DACA se trata de um Diretório que representa os estudantes de Medicina desde 1967, mostrando-se a favor e apoiando os diferentes movimentos sociais, na busca e luta por uma educação de qualidade, ofertada de forma igualitária para todo/as, independente de raça, cor, sexo ou crença. Além disso, o DACA oferece o Cursinho Popular, que consiste em um projeto de extensão do DACA, criado em 2004 pelos próprios alunos do curso de Medicina. Este projeto possui como objetivo ofertar o suporte necessário aos estudantes de baixa renda, com o intuito de prepará-los para os vestibulares e processos seletivos das principais faculdades do país. É formado por uma equipe de 60 voluntários, sendo que destes 15 são membros coordenadores, 25 professores e 20 plantonistas. Os coordenadores do projeto, professores e plantonistas, são voluntários acadêmicos da FAMEMA dos cursos de Medicina e Enfermagem. Segundo o *site*, os índices de aprovação nos vestibulares são altos, com ênfase nos cursos de Odontologia, Fisioterapia, Engenharia, Direito, além dos cursos de Enfermagem e Medicina das principais Faculdades do país, como USP, FAMEMA, UNICAMP, UNESP e UEL.

O cursinho é gratuito, sem fins lucrativos, e é mantido por meio de doações e pela realização de eventos educacionais destinados à comunidade de Marília. Esses recursos são utilizados para a aquisição de materiais didáticos e para suporte pedagógico ao longo do ano letivo.

A seguir, nas figuras 34, 35 e 36, algumas imagens extraídas da página do *Instagram* do DACA da FAMEMA, sobre o apoio do Diretório aos diferentes movimentos sociais no contexto do ensino superior, além dos movimentos de reivindicação de um ensino de qualidade no pátio da FAMEMA.

Figura 34: Conferência sobre o papel feminino na luta social pela terra



Fonte: Instagram DACA

Figura 35: Apoio para Políticas Públicas LGBTQIAPN+



Fonte: Instagram DACA

Figura 36: Manifestação no pátio da FAMEMA por uma educação de qualidade



Fonte: Instagram DACA

Como se observa nas figuras 34, 35 e 36, anteriores, o DACA esteve diretamente envolvido nos movimentos sociais dos alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA. Percebe-se a participação ativa dos estudantes nessas mobilizações, que ocorriam em diferentes espaços da instituição. Em uma das figuras (34), é possível notar que os membros do DACA utilizavam o auditório do Carmelo, mesmo local onde são realizadas conferências, avaliações, processos seletivos e diversas reuniões, evidenciando a FAMEMA como uma instituição de ensino feita por e para todos.

De forma geral, esses dois conjuntos de fontes revelam que se trata de uma possibilidade de história em que a faculdade vai se reconhecendo em seus aspectos identitários, em uma relação direta com a comunidade. Então, esse movimento passa a fazer sentido quando surge o processo de estadualização, ancorada nos pressupostos do Projeto UNI-Marília, em que, por meio dos relatórios de avaliação, possibilitou-se à FAMEMA as mudanças necessárias para a organização e implantação das metodologias de aprendizagem ativa. Portanto, esta repartição cultural me possibilitou a estruturação das seções desta tese, a partir de então, a saber: na seção 3, serão descritos aspectos identitários dos cursos médicos da FAMEMA, com o intuito de atingir o objetivo específico que é compreender aspectos identitários dos cursos de formação das áreas médicas na FAMEMA, no recorte temporal desta pesquisa em andamento. Na seção 4, o enfoque é sobre o Projeto UNI-Marília, para compreender o quanto foram importantes os relatórios para subsidiar a execução das etapas, na perspectiva avaliativa. A seguir, na seção 5, será abordada a mudança de currículos e as metodologias de aprendizagem ativa, com o intuito de atingir o objetivo específico que é identificar e analisar aspectos

das estruturas curriculares e dos espaços físicos destinados aos cursos da FAMEMA, os quais evidenciam a busca para o alcance desejado à ação dos profissionais em formação. Por fim, na seção 6, o objetivo é dialogar com as teses e dissertações descritas nesta Repartição Cultural, para compreender em que medida essas metodologias impactaram na própria trajetória da faculdade.

### **3 OS CURSOS DE FORMAÇÃO DAS ÁREAS MÉDICAS NA FAMEMA E A “ABERTURA DOS SEUS MUROS” À COMUNIDADE**

Nesta seção, o objetivo específico foi apresentar os resultados dos trabalhos de investigação voltados à compreensão de aspectos identitários dos cursos de formação na área médica da FAMEMA, no recorte temporal da pesquisa — entre 1967 e 1997. Tais aspectos foram se constituindo ao longo de um processo de “abertura de seus muros” à comunidade, impulsionado por movimentos que geraram mudanças profundas em sua estrutura, envolvendo, e sendo conduzidos por, funcionários e docentes. Dentre esses movimentos, destacam-se: a viabilização do Hospital das Clínicas como hospital de ensino; a luta por um quadro de docentes próprios da instituição; a estadualização da faculdade, efetivada em 1994; e, mais recentemente (em 2013), a mobilização por melhores condições de trabalho, pela vinculação da faculdade a uma universidade estadual e pela autarquização dos hospitais (Francischetti *et al.*, 2014). Este último aspecto, no entanto, não foi analisado neste texto, por se situar fora do recorte temporal delimitado para esta investigação.

O movimento de “abertura de muros” à comunidade dialoga diretamente com os pressupostos da cultura escolar, compreendida como um objeto histórico complexo, constituído por um conjunto de normas e práticas que definem os conhecimentos a serem ensinados. Portanto, a cultura escolar não pode ser compreendida de forma isolada. É necessário analisar as relações — sejam elas conflituosas ou pacíficas — que mantém com as culturas contemporâneas, como a religiosa, a política ou a popular. A cultura escolar, enquanto objeto histórico, constitui-se a partir de três eixos principais: Normas e finalidades da escola: consiste em examinar as regras e objetivos que orientam a instituição escolar; Profissionalização do trabalho do educador: refere-se à avaliação do papel desempenhado pela formação e atuação dos professores; Conteúdos ensinados e práticas escolares: envolve a análise dos materiais didáticos e métodos pedagógicos utilizados.

De forma geral, essa abordagem permite compreender a escola não apenas como um espaço de transmissão de saberes propriamente escolares, mas como uma instituição inserida em um contexto social e histórico mais amplo, em diálogo contínuo com outras esferas culturais da sociedade (Júlia, 2001).

Portanto, esse movimento de abertura de muros à comunidade evidenciou aspectos importantes das mudanças propostas na FAMEMA. Naquele momento, a Faculdade compreendeu que a transformação do método de ensino e aprendizagem só seria possível com a participação da comunidade, ou seja, dos sujeitos inseridos nos diversos grupos sociais. Além disso, essa participação comunitária nas etapas das mudanças convergia em direção a uma das diretrizes estabelecidas pelo SUS à época: a Participação Social. Todo esse movimento, impulsionado por professores, alunos e funcionários, contribuiu para o êxito nos processos de estadualização, para a viabilização do Hospital das Clínicas como hospital de ensino, bem como para uma melhor estruturação do quadro de funcionários.

### **3.1 A FAMEMA em seus aspectos históricos gerais**

A formação médica em Marília-SP iniciou-se com a criação da sua Faculdade de Medicina – FAMEMA como instituto isolado de ensino superior pela Lei Estadual n. 9236, de 19 de Janeiro de 1966, mas seu funcionamento só foi iniciado após autorização, em 30 de Janeiro de 1967, após ser constituída como uma entidade mantenedora, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM), criada por lei municipal. A criação do curso de Enfermagem e Obstetrícia foi autorizada pelo governo federal em 20 de janeiro de 1981 e reconhecido em 1984 (Francischetti *et al.*, 2014). A faculdade foi criada em um momento de expansão do Ensino Superior no país, com ênfase na privatização e adoção do modelo fundacional. Começa, a partir de então, o processo de legitimação, enquanto instituição de ensino e prestadora de serviço (Rezende, 1994).

No início, a FAMEMA era subsidiada somente pelas mensalidades dos estudantes. Sua estrutura pedagógica esteve baseada nas escolas médicas mais tradicionais, como a da Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Os professores dessas instituições integravam o quadro docente da FAMEMA como convidados, sendo responsáveis pelo desenvolvimento de programas e conteúdos curriculares. Na época, adotou-se o modelo de ensino Flexeneriano, com o curso se desenvolvendo através de

módulos, marcado pela divisão entre os ciclos básico e clínico (Rezende, 1994). O início das disciplinas clínicas da FAMEMA se deu mediante o acordo com a Santa Casa de Marília, que cedeu parte de suas enfermarias para as atividades de ensino.

A seguir, conforme figura 37, recuperei uma fotografia dos primeiros alunos do curso de Medicina FAMEMA, atuando em um setor de clínica médica do Hospital das Clínicas.

Figura 37: Fonte Documental, Ala B- Clínica Médica do Hospital das Clínicas, 1974.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

As fotografias acima ilustram médicos formados nas primeiras turmas do curso de medicina da FAMEMA. Nelas é possível observar os médicos em momentos de felicidade, intercalados com o horário de trabalho. Tal percepção me parece clara diante de diversos fatores, como o fato do início da vida profissional, a atuação no hospital escola que pertence a faculdade em que eles cursaram, o fato da câmera fotográfica, na época, não ser algo tão comum e a satisfação em atuar no ambiente hospitalar.

Em 1970, parte do prédio do hospital das clínicas, que na época abrigava o Instituto Adolfo Lutz, passou a ser utilizado para o desenvolvimento dessas atividades. Nas outras dependências funcionavam a biblioteca, a diretoria e o alojamento para docentes que vinham de fora. Inicialmente instalou-se o departamento de Medicina, seguido pelos departamentos de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia

(Rezende, 1994). Conforme figuras 38, 39 e 40, a seguir, recuperei fotografias da fachada do Hospital das Clínicas de Marília, no ano de 1974, dos formandos da 7ª turma do curso de Medicina no ano de 1978 e do corpo clínico do Hospital, no ano de 1978, respectivamente.

Figura 38: Fachada do Hospital das Clínicas de Marília, 1974.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Figura 39: Formandos da 7ª turma do curso de Medicina, 1978.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Figura 40: Corpo clínico do Hospital das Clínicas de Marília, 1978.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Entre 1970 e 1980, a estrutura acadêmica consistia de:

- Curso de graduação em Medicina (80 vagas), criado pela lei estadual nº 9.236/66;
- Curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia, criado pela lei estadual nº 9.236/66;
- Curso técnico de auxiliar de Enfermagem;
- Curso de especialização em diferentes áreas médicas;
- Dois hospitais universitários:
- Hospital de clínicas de Marília (220 leitos);
- Hospital Municipal de Marília (130 leitos).
- Um hemocentro (Padilha, 1996).

A seguir, conforme figura 41, recuperei uma fotografia no acervo documental da FAMEMA que ilustra a fachada do Hospital Municipal de Marília, no ano de 1995.

Figura 41: Hospital Municipal de Marília, 1995.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Na sequência, conforme figura 42, localizei fotografias dos formandos do curso de Medicina de 1983, década em que ocorriam as importantes mudanças na FAMEMA.

Figura 42: Formandos do curso de Medicina, 1983.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Com relação ao uso das fotografias como estratégia de veiculação de representações sobre os formandos em Medicina — seja nas enfermarias do Hospital das Clínicas, em cerimônias de formatura ou durante a tradicional descida da rampa de acesso ao hospital — essas fontes contêm elementos importantes que auxiliam na leitura de elementos sobre a cultura acadêmica da FAMEMA. O curso de Medicina possui, como uma de suas características marcantes, a realização simbólica da descida da rampa do pronto-socorro ao final da graduação, além de registros em unidades onde os estudantes atuaram ao longo de sua formação.

No decorrer da sua história, a FAMEMA passou por diversas crises financeiras, políticas, administrativas e educacionais (Nunes, 2004). A estrutura tradicional de ensino somada a uma baixa incorporação de recursos educacionais e incentivos para a

qualificação docente tornava o processo de ensino e de aprendizagem mais dependente do individual (Lima, Komatsu, Padilha, 2003).

Essas crises ocorreram paralelamente ao movimento mundial de mudança do modelo de formação de profissional da saúde norteado por diversas propostas de mudanças. Os alunos reivindicavam um ensino mais qualificado, mediante à solicitação junto ao Conselho Departamental (Rezende, 1994).

Em uma tentativa de resolver o déficit orçamentário, em 1974, foi proposto um aumento no número de vagas, de 60 para 80 alunos, gerando uma série de problemas na estrutura pedagógica. O clima de tensão só aumentava, atingindo seu ápice em 1978 e 1979, devido à novas proporções da crise financeira, as reivindicações por parte dos alunos em relação à qualidade de ensino e o descontentamento por parte dos professores em decorrência de atrasos salariais, levando o diretor da época a adotar medidas radicais, como a instalação de um relógio de ponto para os docentes, ocasionando uma greve apoiada pelos alunos, que resultou na demissão do diretor (Rezende, 1994).

Nesse mesmo ano de 1979, houve a celebração do convênio Ministério da Educação e Cultura (MEC), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), mesmo com resistência por parte do corpo docente. A faculdade, então, abre seus “muros” para a comunidade. Até então, o hospital de ensino internava apenas pacientes sem vínculo com a previdência, ou apresentando quadros “exuberantes”, semelhantes aos ilustrados em livros, que permaneciam internados até que os alunos atingissem as competências necessárias para consolidar seu aprendizado (Rezende, 1994).

Em 1979, iniciou-se o processo de discussão sobre a possibilidade de criação de um curso de Enfermagem, levando em conta os eixos econômico, político e experiências anteriores (Faculdade de Medicina de Marília, 2008). No ano de 1980, devido à insatisfação do corpo discente e parte do corpo docente, foi organizada uma reforma curricular, com o intuito de ofertar uma nova dimensão ao ensino médico: O currículo integrado, que buscava aproximar os ciclos básico e clínico. Porém, o resultado não foi o esperado, devido ao imediatismo da proposta, apreensão dos docentes, falta de estratégia para a implantação da reforma e formação do docente centrada na especialização, dificultando a integração (Rezende, 1994).

O ano de 1980 foi considerado um importante marco na história da instituição, com a criação do curso de Enfermagem. Com intuito de aumentar a receita, foi adotado novamente o modelo de ensino das universidades, principalmente o da Escola Paulista de Medicina. O curso de Enfermagem teve como característica a formação do

enfermeiro generalista, com quatro anos de duração. As instituições escolhidas para a realização das atividades de estágio foram o Hospital das Clínicas de Marília, o Hospital Marília e a Santa Casa de Marília. Os professores eram contratados sem concurso, sendo a maioria recém-formados e sem experiência no ensino (Rezende, 1994).

Ainda na década de 1980, desenvolveram-se, sistematicamente, experiências de integração docente assistencial e uma aproximação com o movimento IDA (Integração Docente-Assistencial), o que auxiliou a dinamizar o debate sobre as buscas de alternativas para a escola (Feuerweker, 2002).

Em 1981 ocorreu outra greve. Desta vez, pelo corpo discente, com duração de 114 dias. As reivindicações consistiam, principalmente, na efetivação do convênio MEC/MPAS, visando melhor receita em benefício do ensino, melhora da qualidade do ensino, principalmente do ciclo básico e gerenciamento adequado do hospital das clínicas. No ano seguinte, o novo presidente da fundação tentou gerenciar a crise institucional, provocando consequências em diferentes setores, culminando em nova paralisação de docentes e alunos (Padilha, 1996).

Em 1983 houve o aprofundamento da crise. Foi constituída uma nova diretoria da fundação, composta por docentes da faculdade. A participação desses docentes na administração da fundação foi um marco muito importante na história, pois, até então, a Diretoria Executiva era composta por pessoas renomadas da área de filantropia, que não possuíam conhecimento técnico da área da saúde, dificultando o relacionamento entre docentes e a direção. Ao assumirem a direção, os docentes propunham mudança do estatuto, sendo as principais: o Diretor da faculdade passaria a acumular cargo de diretor executivo da fundação; o Conselho de Curadores passaria a ser órgão fiscalizador da direção; e o diretor passaria a ser escolhido a partir de uma eleição que participaria todos os segmentos institucionais (Rezende, 1994). O primeiro Conselho de Curadores foi constituído por representantes da sociedade civil, além dos representantes do poder público na forma de lei (Padilha, 1996).

Em consequência dessa reestruturação, ocorreu o início da política de incentivo à pós-graduação, através do convênio com a CAPES. Houve expansão da biblioteca de maneira a proporcionar condições para a investigação científica e o ensino. A base de dados é acessada nacional e internacionalmente, via correio, *Lilacs* e *Medline*. Mesmo assim, ainda não atingia as necessidades discentes (Rezende, 1994). Nessa época, também houve a criação de convênios com a prefeitura, denominado “Convênio

Município Carente”, cujo objetivo era a fixação de médicos em municípios que não contavam com esse profissional (Padilha, 1996).

Em 1985, surgiu a oportunidade de se realizar concursos de Especialização, promovidos pelo departamento de Medicina Preventiva da FAMEMA, visando a qualificação dos profissionais de Marília e região. Instalou-se o Programa de Integração Docente Assistencial (PIDA), que envolvia a FAMEMA, o DRS (Departamento Regional de Saúde) e onze municípios da região. Esse programa era constituído de Educação Continuada, Referência e Contra-Referência e Recursos Humanos, e teve duração de quatro anos. O subprojeto de formação de recursos humanos apresentou problemas operacionais que dificultaram o deslocamento dos alunos para os outros municípios. Após o terceiro ano, o subprojeto Educação Continuada foi desativado. Os encaminhamentos com guia de referência se mantiveram, mas a contra-referência nunca funcionou (Rezende, 1994).

Com a reformulação do regimento da faculdade, os currículos do curso médico e de Enfermagem também sofreram alterações. O internato passou de 1 para 2 anos. Assim, o curso teórico vai até o quarto ano, e o quinto e o sexto são destinados para atividades práticas. No curso de Enfermagem, além dos estágios práticos do segundo e terceiro ano, introduziu-se o internato no quarto ano. Em 1989, apesar da crise financeira, foi criada uma Diretoria Acadêmica, em decorrência da preocupação com a estruturação do ensino, com o objetivo de tornar a relação assistência-ensino mais equilibrada, além de consolidar um planejamento mais unificado para as duas áreas. Os avanços conseguidos com um gerenciamento e administração efetivos, tornou a Faculdade e o Hospital de Ensino referência para a assistência em saúde, em nível local e regional (Rezende, 1994).

### **3.2 A Estadualização da faculdade, a partir de 1992**

A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), no ano de 1992, ofertava dois cursos: o curso de Medicina, que teve seu início no ano de 1967, a partir da lei estadual nº 9236/66, que estabelece a FAMEMA como Instituto Isolado de Ensino Superior, e disponibilizava 80 vagas, e o curso de Enfermagem e Obstetrícia, criado no ano de 1981 a partir da lei estadual nº 9236/66, e ofertava 40 vagas.

Na época, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FUMES) contava com as seguintes unidades assistenciais: o Hospital de Clínicas de Marília, que contava com 210 leitos operacionais, o Hospital Municipal de Marília, que possuía 16

leitos operacionais, o Pronto Socorro Municipal, o Centro Saúde Escola, A Unidade Básica de Saúde Jóquei, o Ambulatório de Saúde Mental, o programa de Residência Médica, que disponibilizava 81 vagas, o curso técnico de auxiliar de Enfermagem, que disponibilizava 30 vagas, além de cursos de especialização e aperfeiçoamento.

A FUMES figurou como mantenedora, a princípio, do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. Com o passar do tempo, passou a ser também mantenedora das unidades assistenciais de ensino. A FUMES era composta pelos seguintes recursos: - Convênio SUS: 90,38%, - Mensalidade de alunos: 5,03%, - Subvenção municipal: 0,57%, - Receitas financeiras: 1,24%, - Diversas: 2,78%

A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) possuía seu funcionamento disciplinado pelo regimento escolar, que possuía como órgãos diretivos a congregação, a diretoria executiva e o conselho departamental.

A faculdade possuía dez departamentos, cada um com um conjunto de disciplinas a saber: Departamento de Ciências Morfológicas, departamento de Ciências Fisiológicas, departamento de Ciências Patológicas, departamento de Cirurgia, departamento de Medicina, departamento de Obstetrícia e Ginecologia, departamento de Pediatria, departamento de Medicina Preventiva, departamento de Psicologia E Psiquiatria e departamento de Enfermagem.

### **3.2.1 Alguns aspectos que caracterizam a história da FAMEMA, segundo o movimento de estadualização**

A FAMEMA surgiu em um momento de expansão do Ensino Superior no país, marcado pela ênfase na privatização e pela adoção do modelo fundacional. Na época, a FAMEMA era a décima faculdade de Medicina instalada no estado de São Paulo e a quadragésima em nível nacional.

A estrutura pedagógica, no início, baseou-se no modelo de ensino tradicional, seguindo o exemplo da Universidade de São Paulo, da Escola Paulista de Medicina e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Naquele período, a Santa Casa de Misericórdia de Marília cedeu parte de sua enfermaria para o início das atividades de ensino. Porém, no início da década de 1970, parte do prédio do Hospital das Clínicas (HC) passou a ser utilizada com essa finalidade. Além disso, o HC também abrigava o Instituto Adolfo Lutz.

A história da FAMEMA é marcada por sucessivas crises de caráter financeiro, administrativo e educacional. Já no terceiro ano de existência (1969), houve

mobilização dos alunos visando à melhoria da qualidade do ensino, com reivindicações centradas no uso do HC para a realização das atividades pedagógicas.

Em 1974, numa tentativa de sanar o déficit orçamentário, foi proposto um aumento no número de vagas ofertadas para o curso de Medicina, passando de 60 para 80 alunos. Em decorrência disso, surgiram diversos problemas relacionados à estrutura de ensino, uma vez que não havia instalações físicas adequadas, além da necessidade de maiores investimentos financeiros para a aquisição de equipamentos e materiais.

No ano de 1979, diante do agravamento da situação, desencadeou-se uma crise financeira de maiores proporções: os alunos continuavam a reivindicar melhorias na qualidade do ensino e os professores manifestavam descontentamento devido aos atrasos salariais. Esses eventos culminaram em um movimento de greve por parte do corpo docente, apoiado pelos alunos, o que resultou na demissão do então diretor.

Em 1980, com o objetivo de propor uma nova dimensão ao ensino do curso de Medicina, foi elaborada uma reforma curricular, com a implementação de um currículo integrado, pautado na metodologia da aprendizagem baseada na resolução de problemas, buscando a integração dos ciclos básico e clínico.

No entanto, o resultado dessa proposta inicial foi insatisfatório, pois evidenciaram-se diversas dificuldades: ausência de estratégias para a implementação da reforma, falta de discussões entre os docentes para promover um comprometimento mútuo, escassa incorporação das ideias necessárias para o pleno entendimento da proposta pelos envolvidos, além da formação docente, que à época era majoritariamente centrada em especializações, o que dificultava o processo de integração curricular.

Em 1981, ocorreu outra greve, desta vez pelo corpo discente, que perdurou por 114 dias, e possuía as seguintes reivindicações:

- Efetivação do convênio MEC/MPAS (a receita advinda das mensalidades cobria as despesas do hospital, não revertendo em benefício direto para o ensino);
- Melhora do ensino, principalmente no ciclo básico;
- Gerenciamento adequado do hospital das clínicas.

Esse movimento de reivindicações resultou em mudança na diretoria da Fundação e da faculdade. No ano de 1982, por ser um ano de eleições municipais, um grupo de docentes solicitou a formação de uma nova diretoria formada por docentes da instituição, através de contato com o prefeito eleito.

A participação dos docentes na administração da Fundação foi considerada um importante marco em sua história. Ao assumir a direção, os docentes propuseram mudanças no estatuto, que contemplava os seguintes pontos:

- O diretor da faculdade passaria a acumular o cargo de diretor executivo da instituição;
- O conselho de curadores passaria a ser órgão fiscalizador a essa direção;
- O diretor passaria a ser escolhido através de lista tríplice, elaborada a partir de uma eleição em que participam todos os seguimentos institucionais.

Na ocasião, a partir do financiamento da Fundação Kellogg, foram realizados uma série de consultorias e oficinas de trabalho, com o objetivo de refletir e propor mudanças nas organizações acadêmicas e administrativas.

A nova estrutura, proposta no ano de 1983, possuía como objetivos a reestruturação do hospital na perspectiva administrativa e assistencial e a reestruturação da faculdade na perspectiva escolar e de ensino. Além disso, havia propostas de mudanças no estatuto da fundação, mudança no regimento do hospital, onde o HC se tornaria um órgão administrativo separado fisicamente da faculdade.

A partir daí, devido às propostas de reestruturação, ocorreu uma expansão da área física, que contemplava o aluguel de um prédio para a instalação da diretoria da faculdade, secretaria de alunos, sala de aulas e biblioteca. Além disso, instaurou-se uma política de incentivo à pós-graduação através da formalização do convênio com a CAPES.

Ao longo de seus 25 anos, a FUMES apresentou relevante crescimento de sua área física:

1981: Cessão temporária, de parte da antiga Faculdade de Filosofia da UNESP<sup>1</sup> à FUMES;

1984: Aluguel do Carmelo<sup>5</sup>, para onde são transferidas as salas de aula, biblioteca, diretoria, secretaria geral e ambulatório de saúde mental;

1987: Construção da lavanderia e almoxarifado, em terreno do hospital das clínicas;

1989: Ampliação do prédio do hospital das clínicas para expansão do serviço de imagem, significando a incorporação da tecnologia (tomografia e ultrassonografia);

1990: Construção da Casamata, para a realização de serviços de radioterapia;

---

<sup>1</sup> Essa Faculdade foi criada em Marília, com cursos da área de Ciências Humanas, em 1958 e passou a funcionar, como Instituto Isolado de Ensino Superior, em 1959. Após, em 1976, passou a funcionar como unidade da Universidade Júlio de Mesquita Filho – UNESP (Castro, 2009). Aos poucos, cursos foram sendo criados, também da área de Ciências Sociais Aplicadas e da Área da Saúde.

<sup>5</sup>Prédio central da FAMEMA, que contém salas de aula, laboratórios de práticas, anatomia e embriologia, biblioteca, anfiteatro e laboratório de informática.

1992: Construção do hemocentro, em terreno doado para a FUMES pela Prefeitura Municipal.

Mesmo com esse processo evolutivo, na ocasião, a Faculdade de Medicina ainda não contava com prédio próprio, principalmente para a biblioteca, laboratórios e sala de aula. Desta forma, a prioridade eram maiores investimentos em área física, para a construção de um prédio próprio para a Faculdade e a Biblioteca.

### **3.2.2 Corpo discente**

Quando a Faculdade de Medicina de Marília foi fundada, o curso de Medicina oferecia 60 vagas. A partir de 1975, esse número foi ampliado para 80 vagas, na tentativa de aumentar as arrecadações. Porém, com o passar dos anos, observou-se que, historicamente, a faculdade contou com estruturas físicas que não contemplavam as necessidades de se oferecer um ensino de qualidade.

A relação candidato/vaga apresentou variações significativas ao longo do tempo. Em 1974, no vestibular realizado pela CESCEA, a proporção era de 7,25 candidatos por vaga. Em 1980, no vestibular realizado pela FUMES, esse número aumentou para 30,5 candidatos por vaga. Já em 1991, no vestibular realizado pela PUC, a proporção era de 15,3 candidatos por vaga. Entre 1972 e 1991, o número de médicos formados foi de 1.373, para um total de 1.840 vagas oferecidas.

Para as turmas que finalizaram o curso, o índice de evasão foi de 2,5%, por motivos relacionados a transferências para outras instituições, abandono do curso ou óbito. Vale destacar que o corpo docente participa de todos os órgãos colegiados e comissões da Faculdade de Medicina de Marília. Além disso, eram intensas as lutas políticas por parte do diretório acadêmico na busca pela estadualização da instituição.

O curso de Enfermagem ofereceu, desde sua criação em 1981, um total de 760 vagas. Foram matriculados 630 alunos, com 266 formados.

### **3.2.3 Proposta organizacional para estadualização da Faculdade de Medicina de Marília**

Com a proposta de estadualização, por meio da FUMES, a ideia era a ampliação e melhoria dos recursos humanos e assistenciais. Em relação aos recursos humanos, pretendia-se a formação qualificada de técnicos na área da saúde. Foram apresentadas propostas direcionadas à formação de técnicos em Hemoterapia, Hematologia, Sorologia, Patologia Clínica, Raio X, Radioterapia e Socorrismo Pré-Hospitalar. No

contexto assistencial, pretendia-se a objetivação de seu papel de referência efetiva, mediante a integração da rede de atenção primária, além de espaços para a realização de programas de educação continuada.

A manutenção de suas unidades hospitalares (Trata-se de unidades públicas: uma estadual e a outra municipal), seriam necessários convênios de cogestão e importantes ajustes orçamentários, levando em conta que, naquele momento, a mensalidade dos alunos correspondia a apenas 25% de seu orçamento. Em vista disso, houve o aumento no número das vagas, passando de 60 para 80 vagas, viabilizando, dessa forma, a captação recursos financeiros.

Considerou-se, ainda, a importância do intercâmbio com outras faculdades, pertencentes a uma das universidades paulistas, com o objetivo de se estruturar espaços para formação continuada do corpo docente.

### **3.2.4 Memórias dos sujeitos que vivenciaram o movimento de estadualização da FAMEMA**

O percurso percorrido para escrever esta tese consistiu em inúmeras visitas às fontes documentais e iconográficas pertencentes ao acervo da FAMEMA. Foram manhãs e tardes que me oportunizaram crescimento como pesquisador, além de retomar de forma constante elementos minha trajetória, afinal, retomar nossa trajetória é uma forma de lembrarmos quem nós realmente somos. Assim, na vertente que relaciona fatos históricos com a memória dos sujeitos da época, em sua obra intitulada *História e Memória*, Le Goff (2003, p. 51) afirma:

Tal como as relações entre memória e história, também as relações entre passado e presente não devem levar à confusão e ao ceticismo. Sabemos agora que o passado depende parcialmente do presente. Toda a história é bem contemporânea, na medida em que o passado é apreendido no presente e responde, portanto, aos seus interesses, o que não é só inevitável, como legítimo. Pois que a história é duração, o passado é ao mesmo tempo passado e presente. Compete ao historiador fazer um estudo objetivo do passado sob a sua dupla forma.

Em uma dessas tardes no arquivo da FAMEMA, ao analisar um conjunto de fontes iconográficas, localizei alguns álbuns de fotografias. Tratava-se das turmas XXV e XXVII do curso de Medicina. Durante essa análise, identifiquei alguns sujeitos que pertenciam a essas respectivas turmas e com os quais, no tempo presente, mantenho

vínculo profissional no curso de Medicina em que atuo como docente, mediador e facilitador.

Com o intuito de qualificar e melhor caracterizar todo o processo de estadualização da FAMEMA, entrei em contato com esses sujeitos para dialogar sobre suas vivências na época do movimento de estadualização. Em um primeiro momento, durante uma manhã de Educação Continuada com os docentes do curso de Medicina da Unimar, conversei com uma das pessoas identificadas em uma das fontes iconográficas: a Dra. Viviane Alessandra Capelluppi Tófano, médica hematologista que atua na Universidade de Marília e compõe o Núcleo Docente Estruturante do curso de Medicina. Na época, ela integrou a turma XXVII, entre os anos de 1993 e 1998, período que contempla exatamente a transição do método de ensino e aprendizagem na FAMEMA, além do processo de estadualização. Durante nosso diálogo, relatou que os discentes da época enfrentaram momentos difíceis nos dias que antecederam a estadualização. A FAMEMA, então uma Fundação Municipal de Ensino Superior, cobrava mensalidades consideradas baixas, inferiores, inclusive, às de cursinhos pré-vestibulares da época.

O diretor da faculdade naquele período, Dr. Roberto Padilha, médico sanitário, propôs reajustes significativos nas mensalidades, o que gerou grande revolta entre os estudantes. Alguns passaram, inclusive, a realizar o pagamento das mensalidades em juízo. Com isso, assembleias passaram a ser realizadas diariamente no anfiteatro do Monte Carmelo. A seguir, conforme figura 42, retrato da turma XXVII, de 1995, no pátio da FAMEMA.

Figura 43: Fonte Iconográfica, Turma XXVII- Aula de Propedêutica Médica



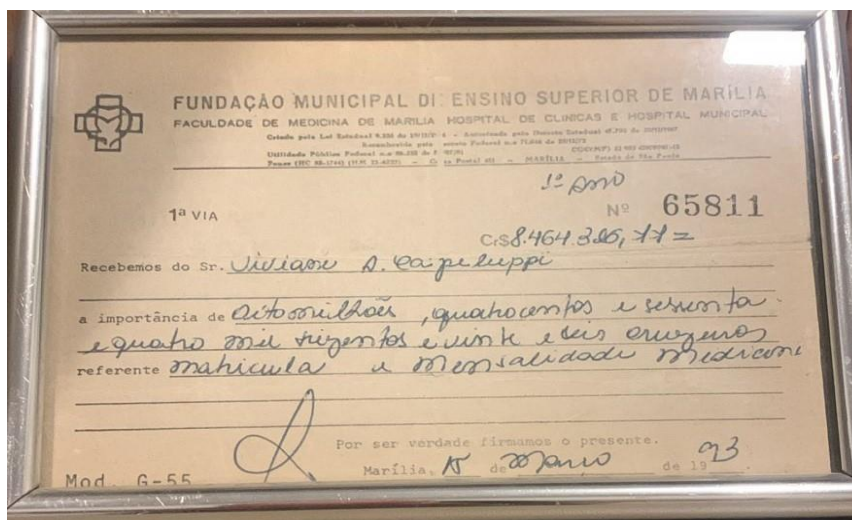
Fonte: Acervo Documental – FAMEMA.

A foto da figura 43, anterior, apresenta alunos de medicina após a aula de propedêutica médica, no pátio do Carmelo. Na época, as aulas do curso de Medicina aconteciam naquele local, e como observado, o uso da roupa branca era preconizado pelo curso.

O reajuste da mensalidade proposto pelo diretor da Faculdade na época foi considerado desproporcional, uma vez que o valor pago nas mensalidades era considerado acessível. Se esse ajuste ocorresse atualmente (2025), segundo relatos, a mensalidade teria um custo médio de R\$6.000,00. Na época, como o momento econômico no país antecedeu o plano real, a moeda em circulação era o Cruzeiro. Na premissa de contextualizar a realidade econômica da época com o cenário contemporâneo, o valor pago na matrícula, Cr\$8.464.306,77, na conversão da moeda brasileira para o real, equivaleria à R\$3,08.

Conforme figura 44, a seguir, o recibo de matrícula da época, com o valor pago em Cruzeiro.

Figura 44: Fonte Iconográfica, recibo de matrícula 1993.



Fonte: Acervo pessoal, Dra. Viviane Alessandra Cappeluppi Tófano

Então, após a realização de assembleias, a ideia de reajustar o valor da mensalidade não se concretizou. Meses depois, as turmas do curso de Medicina que vivenciavam todos esses contextos da época mencionados, participavam ativamente do movimento de estadualização da FAMEMA, por meio de viagens em assembleias, realizadas principalmente na cidade de São Paulo e São José do Rio Preto. Conforme figura 45, a seguir, retrato da turma XXV, que participou tanto do movimento de estadualização como da transição do método de ensino e aprendizagem na FAMEMA.

Figura 45: Fonte Documental, Turma XXV de Medicina em frente ao Hospital das Clínicas.



Fonte: Acervo Documental – FAMEMA.

### 3.2.5 Integração e avaliação

O aspecto da integração e da avaliação era considerado um desafio em nível nacional, considerando o contexto social da época e a precariedade na formação dos profissionais de saúde. Havia diversos fatores que limitavam a FAMEMA nesse aspecto. A falta de financiamento para formação continuada e a dificuldade de participação em programas de qualificação figuravam entre os principais motivos.

Por outro lado, o intercâmbio com faculdades que já haviam vivenciado etapas do processo de formação de recursos humanos para a área da saúde permitiu uma nova dinâmica de integração e um maior esclarecimento de seu papel social. O contato com universidades paulistas também proporcionou novas formas de relacionamento, além de um novo papel social e de intercâmbio institucional.

Outros aspectos considerados importantes de serem avaliados incluem o fato de todos os docentes exercerem funções assistenciais, a opção de ensino que vinha norteando a formação dos alunos, e o fato de as contratações serem exclusivamente para a função docente-assistencial. Como alternativa às variáveis apresentadas, a Constituição Paulista de 1989 permitia apenas duas possibilidades: a privatização ou a estadualização. A opção escolhida foi a estadualização. Para isso, consideraram-se alguns pontos, apresentados a seguir.

A FAMEMA, com os cursos de Medicina e Enfermagem, passaria a ter vínculo com a estrutura estadual, por meio de um órgão a ser definido. Além disso, a Faculdade teria autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial.

O valor do orçamento foi negociado na data de sua oficialização, sendo convertido em porcentagem da arrecadação do ICMS. Naquele momento, o quadro de pessoal da Faculdade era composto por 219 docentes e 325 funcionários técnico-administrativos e de apoio.

Os equipamentos de ensino e a área física do Hospital das Clínicas de Marília apresentavam qualidade parcialmente comprometida, o que demandou maior investimento para a construção de um espaço físico específico para as atividades de ensino, como salas de aula, biblioteca e laboratórios. O órgão estadual vinculador comprometeu-se, por meio de convênios especiais, nacionais e internacionais, a incluir a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília como partícipe, para o aprimoramento de recursos humanos, pesquisas, bolsas e aquisição de equipamentos.

Nesse contexto, ficou estabelecido que a FUMES disponibilizaria, como campo de estágio assistencial e docência, todas as suas dependências hospitalares e ambulatoriais. A FAMEMA, por sua vez, comprometeu-se a disponibilizar à FUMES todo o seu corpo docente.

O CRUESP designou uma universidade pública do estado de São Paulo para acompanhar o desenvolvimento acadêmico da Faculdade de Medicina de Marília, por meio de intercâmbio, pesquisas multicêntricas, programas de pós-graduação e especialização, com o objetivo de capacitar os docentes da FAMEMA. Ficou decidido que a prioridade seriam os programas que considerassem o perfil docente-assistencial. Essa universidade também participaria dos programas de avaliação da FAMEMA e de seus cursos, além de integrar bancas dos concursos públicos para contratação de docentes.

Em relação ao aspecto financeiro, o valor estimado anual para repasse à proposta, em dólares, foi de U\$8.779.325,20. Com esse montante, foi possível à FAMEMA cumprir com o pagamento da folha de docentes e dos profissionais do setor técnico-administrativo, além das despesas de manutenção acadêmica.

Pelo exposto, observa-se que, sobretudo no recorte entre 1967 e 1997, a FAMEMA passou por intensos processos de reflexão e reestruturação, buscando consolidar-se, como mencionado, enquanto instituição de ensino e prestadora de serviços (Rezende, 1994).

Nesse contexto, marcado por importantes tensões institucionais, Goodson (1993) afirma que as políticas institucionais das escolas emergem das interações entre diferentes identidades e interesses oriundos das disciplinas escolares. Esses fatores influenciam diretamente a identidade institucional, uma vez que o currículo não é neutro, mas sim uma construção social decorrente de disputas de poder e de interesses de distintos grupos. Tal construção, segundo o autor, reflete e reforça tanto a identidade da instituição educacional quanto a de seus membros.

Dessa forma, é possível afirmar que a identidade institucional da FAMEMA foi sendo construída ao longo do tempo por meio da integração de múltiplos aspectos, envolvendo gestores, professores, alunos e a sociedade em geral.

Todo esse processo foi pautado pelo Projeto UNI-Marília, apoiado pela Fundação W. K. Kellogg, o qual teve papel relevante no processo de mudança curricular e transição do método de ensino da FAMEMA e propôs como componentes fundamentais a articulação entre academia, serviço e comunidade. Na verdade, tratou-se de um programa cuja proposta central seria o desenvolvimento de modelos inovadores de atividades e de atenção à saúde de forma integrada, além do estabelecimento de novos modelos de ensino e aprendizagem para qualificar o perfil dos futuros profissionais, novos modelos de sistemas locais de saúde, com o intuito de melhoria na assistência à saúde (Nunes, 2004).

Na seção 4, seguinte, abordo elementos desse Projeto UNI-Marília, apoiado pela Fundação W. K. Kellogg

#### **4 O PROJETO UNI-MARÍLIA E A MUDANÇA DE PARADIGMAS NOS CONTEXTOS METODOLÓGICOS E DE ENSINO E APRENDIZAGEM NA FAMEMA: O INÍCIO DE UM NOVO TEMPO**

Nesta seção, em continuidade ao capítulo anterior, inicio retomando aspectos identitários dos cursos de formação das áreas médicas na FAMEMA. Tal retomada é importante para que as reflexões avancem no sentido de atingir o objetivo específico desta seção que é recuperar e analisar aspectos didático-metodológicos do ensino para a formação de profissionais da saúde na FAMEMA, segundo as metodologias ativas, mediante material documental institucional, oficial e produzido mediante relatos orais dos sujeitos envolvidos, a partir da revisão dos processos internos da FAMEMA que embasaram as mudanças metodológicas e de ensino. Abordarei elementos do Projeto

UNI-Marília, coordenado pela Fundação Kellogg, o qual motivou essa revisão dos processos da FAMEMA.

No final da década de 1980, a coordenação do Programa da Fundação W. K. Kellogg para a América Latina e o Caribe apoiou uma série de estudos sobre o trabalho desenvolvido na formação de recursos humanos, nas áreas de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Administração Hospitalar, a fim de identificar as prioridades da educação em saúde para a década de 1990 (Nunes, 2004). O projeto considerado mais relevante foi o EMA (Educação Médica nas Américas), que tinha como pressuposto analisar a articulação das escolas médicas com os serviços de saúde. Iniciava-se, então, o projeto UNI, que tinha o intuito de contribuir para a reorientação da formação profissional em nível dos cursos de graduação, promover o desenvolvimento do sistema comunitário em forma de saúde e a construção de sistemas locais de saúde (Nunes, 2004).

Em 1992, o projeto da FAMEMA foi selecionado pela Fundação W. K. Kellogg, entre 20 projetos de vários países, para receber apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de seu projeto. Esse projeto envolveu a reformulação do modelo educacional na FAMEMA, tendo como pressuposto norteador os Quatro Pilares da Educação proposto no relatório da Unesco (Delors *et al.*, 2000). A partir de 1992, iniciou-se na FAMEMA a primeira fase do projeto UNI, cujo pressuposto para a área acadêmica era a revisão curricular dos cursos de Medicina e Enfermagem, objetivando a formação de profissionais de saúde com sólida qualificação técnica e aptos a atuarem social e profissionalmente pela melhoria da população. O projeto UNI apoiou a capacitação de professores, profissionais da saúde, e estudantes e líderes comunitários. Foram realizadas diversas oficinas de trabalho para professores dos cursos de Medicina e Enfermagem, sob a coordenação de assessores externos (Francischetti *et al.*, 2014).

O Projeto UNI-Marília, implantado na FAMEMA, ocorreu a partir da elaboração de diversos relatórios, os quais abordam a sequência.

#### **4.1 Projeto UNI- Marília: Os primeiros relatórios**

A primeira fonte documental, intitulada Fundação Kellogg, do ano de 1992, trata-se do 1º relatório do Projeto UNI, e abordava temáticas relacionadas a aspectos gerais que constituem os pressupostos centrais desse projeto.

Na época, segundo o relatório, buscou-se, a partir de seminários, estabelecer estratégias que viabilizasse um efetivo envolvimento de atores pertencentes a academia, rede de serviços e da comunidade, para que se tornasse possível a construção de um

modelo de gestão descentralizado, com subsídios para oferecer condições adequadas à formação de recursos humanos que atendesse as reais necessidades de saúde da comunidade. Na sequência, conforme figura 46, recuperei um artigo do Jornal União, que abordava a questão da relação entre o ensino e a comunidade, a partir dos ideais do Projeto UNI-Marília.

Figura 46: Jornal União e a relação entre o Projeto UNI-Marília e a comunidade



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Durante a 1ª Conferência Municipal de Saúde, foi exposto as ideias centrais do Projeto UNI, onde foi possível a aprovação de diretrizes importantes para a viabilização do projeto, a saber:

- 1- Garantia, por parte das UBS do município, da participação do aluno dos cursos de Medicina e Enfermagem em sua rede, com a finalidade de descentralizar o ensino do hospital;
- 2- Implantação de um registro único de saúde para toda a população, assim como um prontuário padrão;
- 3- O envolvimento periódico, por todos os organismos de saúde do município, dos seus relatórios orçamentário, ao Conselho Municipal, para que este avalie a participação e o empenho financeiro.

Após a realização de um segundo seminário, constituíram-se grupos de trabalho que, por meio de espaços reflexivos, compartilhavam suas experiências dos serviços de

saúde, com o intuito de construírem, a partir das necessidades levantadas, questões dos serviços de saúde, visando a formação de novos profissionais e a reciclagem dos já existentes. Observo que o termo reciclagem era o termo empregado para o processo de aperfeiçoamento dos profissionais em serviço.

Posteriormente, foi criado o Grupo Operativo, responsável pelo diagnóstico de todos os componentes e pela formação do Projeto UNI-Marília. Os resultados preliminares destas atividades foram repassados à população mediante a realização de seminários. Após a realização do 3º seminário, o Grupo Operativo definiu linhas de trabalho para sistematizar as necessidades levantadas na fase anterior. Por fim, definiu-se um grupo mais restrito, oriundo do Grupo Operativo, para a elaboração final do projeto.

Conforme a figura 47, a seguir, localizei uma foto do encontro entre os membros do Grupo Operativo e a comunidade.

Figura 47: Fonte Documental, Reunião entre o Grupo Operativo e a Comunidade.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

A foto da figura 47, anterior, apresenta, novamente, a participação da comunidade em todo o processo de reestruturação da FAMEMA que percorria desde o corpo docente, até os espaços físicos, oferecendo uma leitura de que ouvir os sujeitos que estão inseridos como pacientes ou usuários do sistema de saúde é a melhor forma de se estruturar a partir de um processo de mudança.

Após discussões com os consultores da Fundação Kellogg sobre o Projeto, estabeleceu-se um cronograma de atividades com base na revisão dos pontos críticos e das possíveis fragilidades apontadas na versão preliminar.

No contexto educacional, na década de 1990 - mais especificamente no ano de 1991 - o município de Marília contava com 18 unidades escolares, 257 classes distribuídas em 58 salas de aula, reunindo um total de 8.839 alunos. Havia também 18 escolas municipais de Educação Infantil (EMEI's), sendo 10 com creches e 8 sem creches. A rede particular de ensino era composta por 12 estabelecimentos, com 204 salas de aula, 267 classes e 8.374 alunos no segundo semestre de 1990.

Quanto ao Ensino Superior, Marília dispunha de duas universidades: a UNIMAR (particular) e a UNESP (estadual), que ofereciam, ao todo, 38 cursos. Além disso, havia duas fundações: a FUMES (municipal) e a Faculdade de Ensino Superior Eurípedes Soares da Rocha (particular).

No que se refere à segurança, Marília enfrentava sérios problemas relacionados à violência urbana, crimes contra o patrimônio e pontos de narcotráfico. Já no campo cultural, o município contava com um teatro, um centro de cultura, três bibliotecas e um cinema. A imprensa local era composta por cinco emissoras de rádio e cinco jornais diários.

No âmbito das atividades econômicas, Marília era considerada um importante polo de desenvolvimento regional, com destaque para os setores comercial e industrial. Sobressaíam-se os estabelecimentos voltados à produção de alimentos, plásticos e fibras, máquinas e equipamentos, artefatos de concreto, móveis, bebidas, laticínios, embalagens e o setor metalúrgico.

No contexto da saúde, em relação as causas de mortalidade por faixa etária, observou-se que:

1 a 4 anos: Tumores, acidentes por veículos a motor, seguidos de doenças infecciosas;

5 a 9 anos: Acidentes por veículos a motor;

20 a 49 anos: Acidentes por veículos a motor, tumores malignos e estados de male star geral;

50 anos e mais: Tumores malignos, seguidos de estados mórbidos mal definidos, além de doenças cérebro vasculares e doenças isquêmicas do coração.

Nessa etapa do Projeto UNI, após o estabelecimento de metas a serem reestruturadas e melhoradas dos cursos de Enfermagem e Medicina, foi sistematizado um modelo de avaliação, dividido em quatro módulos básicos:

- Módulo gerencial e de serviços;
- Módulo acadêmico;
- Módulo de desenvolvimento da cidadania;
- Módulo de desenvolvimento do projeto;

A implantação desses módulos se dá devido à facilidade de implantação de indicadores qualitativos e quantitativos. Organizou-se, então, uma programação prevista por atividade a ser implantada no decorrer dos três anos que constituem a implantação do Projeto.

#### **4.2 O primeiro relatório de avaliação do Projeto UNI-Marília**

Como mencionado no capítulo intitulado “Uma repartição cultural para uma história dos cursos da FAMEMA”, um dos eixos do ensino nessa instituição é a relação ensino-serviço, que preconiza a inserção do aluno na comunidade para que ele possa aprender e, a partir da aquisição de novos conhecimentos, intervir nas necessidades de saúde da população. Com base nessa premissa, buscou-se a capacitação dos sujeitos inseridos nas UBSs, por meio de oficinas de trabalho.

Como agentes atuantes no componente serviço, participaram dessas oficinas, além dos gestores, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, dentistas, enfermeiros, médicos e alunos da graduação da FAMEMA. Esse relatório contextualizou a realidade social da saúde local à época da primeira avaliação do Projeto UNI-Marília. A política de saúde no Brasil, na década de 1980, refletia fortes influências relacionadas ao direito à saúde dos cidadãos e à responsabilidade do Estado na tentativa de viabilizar um novo modelo de assistência à saúde.

Nesse contexto, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que forneceu subsídios para a formulação do texto da Constituição de 1988 e, posteriormente, para a fundamentação da Lei Orgânica da Saúde de 1990, a qual definiu a saúde como um direito de todos - universal, descentralizado, regionalizado e hierarquizado - com foco na integralidade do cuidado.

Entre os anos de 1987 e 1992, quase todos os municípios do estado de São Paulo já haviam municipalizado seus serviços de saúde. Anos mais tarde, durante a IX Conferência Nacional de Saúde, foi indicada a descentralização político-administrativa como possibilidade para promover mudanças no sistema, mantendo o município como base para um modelo de gestão e assistência regionalizada e hierarquizada.

No entanto, a política nacional de saúde passou a receber críticas contundentes da imprensa, de prestadores e usuários do serviço e de organizações não governamentais, especialmente quanto à definição de prioridades e ao papel do governo em relação às áreas sociais.

Na época, as crises e lutas estavam centradas no combate às altas taxas de inflação mensais e ao atraso no pagamento dos serviços prestados, que variava entre 60 e 90 dias. Nesse cenário, o município de Marília passou a destinar um percentual crescente de seu orçamento ao setor da saúde.

O Projeto UNI-Marília, financiado pela Fundação W. K. Kellogg e implementado a partir de novembro de 1992, propôs um novo modelo de assistência em saúde e de formação profissional, com o intuito de capacitar profissionais comprometidos com as necessidades da população. Participaram do Projeto UNI a FMESM/SMHS, a UNESP-Marília, a FSP-USP, o ERSa e a comunidade, representada pelo Conselho das Associações de Moradores de Marília.

A Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília foi a instituição líder do projeto, responsável pela sua gerência e coordenação geral. O Projeto UNI-Marília era composto por três componentes — academia, serviço e comunidade — e pelas áreas de informação e avaliação. O processo de seleção para a gerência do Projeto UNI passou por um período de avaliação, no qual foram analisadas as prioridades estabelecidas, a natureza das atividades desenvolvidas e a relação e articulação entre as instituições participantes. Foram utilizados registros de reuniões, características das pautas e entrevistas com os coordenadores. A avaliação foi realizada em dois momentos.

O primeiro contexto avaliativo teve duração de 14 meses. Havia reuniões do conselho gestor, todas registradas em atas, sendo a primeira datada de agosto de 1993. As pautas das reuniões consistiam em relatos das atividades desenvolvidas, acertos em relação aos aspectos formais e legais das relações entre as instituições participantes, além de tratar de questões financeiras do projeto.

A gerência identificou tanto na academia como no serviço algumas dificuldades, dúvidas e indefinições relacionadas ao desenvolvimento da proposta de um novo modelo de ensino e assistência. Na academia, foi realizado um levantamento sobre o currículo médico que comparava os objetivos e o conteúdo programático das disciplinas, sendo evidenciado a existência de um currículo informal e inadequado para a formação profissional. Além disso, no serviço, foram observadas dificuldades na articulação e organização desse currículo.

Como proposta de resolução, foi estabelecido a realização de atividades para sensibilização dos atores envolvidos nesse processo, objetivando melhor visualização do novo modelo de ensino e assistência; a formação de gerentes de serviço de saúde; reforma e ampliação das unidades básicas de saúde e estruturação do sistema de informação.

No segundo contexto, observou-se uma significativa dívida relacionada a recursos financeiros, sendo necessário planos de ajustes para resolução. Paralelamente, fez-se um levantamento do desenvolvimento do Projeto UNI-Marília, sendo observado uma baixa operacionalização de ações nos componentes, sendo, desta forma, realizado uma reestruturação organizacional do Projeto que passou a priorizar a parceria no processo decisório.

O início da década de 1990 deparou-se com as escolas da área da saúde em estado de perplexidade e inércia frente as demandas sociais, evidenciando a incoerência entre as necessidades na prática de saúde e o profissional que está sendo formado para o mercado de trabalho.

Erros médicos eram diariamente expostos nos meios de comunicação, os serviços de saúde funcionavam de forma caótica e o papel das escolas da área da saúde era intensamente questionado.

Neste contexto de inquietações sociais, a FAMEMA integrou-se ao Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), criada em março de 1991. O objetivo desse projeto era o incentivo às mudanças para se propor adequações necessárias as escolas médicas frente as necessidades sociais.

Esse projeto identificou importantes aspectos a serem melhorados na escola médica em Marília, como a estrutura econômico e administrativa, recursos humanos e papel da escola na assistência e pesquisa. Essas recomendações relacionadas a escola médica em Marília se estenderam ao curso de Enfermagem, que em outras ocasiões já havia realizado tentativas de reformas curriculares, mas sem êxito. É neste momento que o Projeto UNI encontra a FAMEMA, viabilizando discussões e a implantação de mudanças no processo de formação de um novo profissional.

No primeiro período de coordenação, a FAMEMA encontrou dificuldades e limitações para a contribuição do conhecimento em outras áreas, por não ser integrante de uma Universidade. Nesse primeiro ano, foi decidido um diretor acadêmico como coordenador do componente. Foi implementada uma proposta organizacional, criando-

se câmaras do ciclo básico, clínico, internato, Enfermagem e residência médica. Foi indicada uma revisão curricular a partir da participação de vários docentes.

Em dezembro de 1993, houve nova mudança na direção da faculdade, caracterizando um delicado momento econômico e político da faculdade. Visando o envolvimento e esforço de todos os setores da faculdade, foram realizadas oficinas de planejamento estratégico para a definição de priorização de atividades, definição dos responsáveis e estabelecimento de prazos para a execução. Essa oficina considerou como prioritárias as seguintes atividades:

- Desenvolver atividades docentes nas unidades básicas de saúde;
- Implementar cirurgias de pequena e média complexidade nas UBSs;
- Realizar atividades de capacitação docente no novo modelo técnico e assistencial;
- Realizar seminários e oficinas de trabalho envolvendo os docentes, alunos e representantes do serviço;
- Ampliar o acervo da biblioteca;
- Realizar treinamento dos usuários da biblioteca;
- Informatizar a biblioteca;
- Adquirir novos equipamentos didáticos;
- Implantar um núcleo de pesquisas.

Houve também discussões acerca da necessidade de revisão curricular. O objetivo dos cursos de graduação da FAMEMA era a formação de profissionais capazes de prestar serviços de qualidade a população, estimulando no aluno autonomia e busca de novos conhecimentos, para que ele se mantenha atualizado após a conclusão do curso. Para isso, foi necessária a articulação entre o processo de ensino e aprendizagem e o sistema de saúde. Após análise dessas variáveis, os organizadores do Projeto UNI perceberam certo distanciamento entre seu projeto na área acadêmica e a estratégia educacional adotada, evidenciando a iminente necessidade de mudanças em nível curricular.

No curso de Enfermagem, inicialmente, os docentes do curso realizaram, na fase de elaboração do projeto, um trabalho de diagnóstico curricular, sendo identificado a necessidade de estruturação de um currículo, que permita a integração do ensino teórico e prático, a interdisciplinaridade, a experiência em equipe multiprofissional, o aprendizado nos três níveis de assistência em saúde e conteúdo que possibilitasse a visão do homem pelo ciclo vital no processo de saúde e doença.

Visando a obtenção de êxito nessas propostas, foram construídos grupos formados por docentes da disciplina de Enfermagem em Saúde Pública, grupo formado por representantes de cada disciplina do departamento de Enfermagem e pelo departamento de Enfermagem (composto por todos os docentes representantes de alunos).

O trabalho do grupo de docentes da disciplina de Enfermagem em Saúde Pública resultou na alteração do programa de ensino na disciplina de Enfermagem Saúde da Comunidade, pois, até 1992, a proposta dessa disciplina era fazer com que o aluno conhecesse a evolução histórica das políticas de saúde. A partir de estímulos e intervenções do Projeto UNI, esta disciplina refletiu sobre seu programa de ensino, modificando a ótica anterior, fazendo com que o aluno inicie a assistência de Enfermagem pelas UBSs, iniciando, desta forma, um primeiro contato com a comunidade, mediante a participação no processo de territorialização.

No curso de Medicina, em maio de 1993, foi criado uma comissão para revisão curricular do curso médico, constituída por professores.

A análise do currículo em vigência permitiu a identificação de vários aspectos considerados incoerentes em relação ao conteúdo aplicado, métodos de avaliação e capacitação pedagógica dos docentes. Diante disso, a comissão elaborou uma proposta curricular implementada no ano de 1994, que destacava os seguintes pontos positivos:

- Redimensionamento das cargas horárias entre as diversas disciplinas, permitindo a existência de horas vagas, sem atividades formais, chamadas de “áreas verdes”, que poderiam ser utilizadas pelo aluno para a realização de estudos;
- Possibilidade de inserção de novos conteúdos considerados relevantes para a formação do novo profissional, como informática médica, tecnologia do autocuidado, práticas de saúde e metodologia científica;
- Contato precoce com o serviço de epidemiologia, para que os alunos realizassem levantamento dos dados epidemiológicos das áreas de abrangência das unidades de saúde, integrado ao componente serviço.

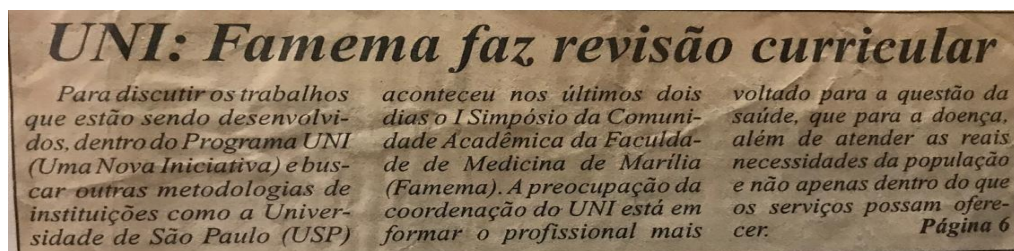
Porém, em dezembro de 1993, com a mudança da diretoria acadêmica, foi realizado reunião, em que se optou pela não implementação do currículo proposto naquele momento.

Optou-se então por retomar as discussões por meio de oficinas específicas. Naquele momento, trabalhava-se a definição de pontos consensuais entre

departamentos, para que fosse viabilizado a construção de um novo currículo nuclear, visando a formação geral do médico.

Conforme figura 48, a seguir, recuperei um artigo de jornal do ano de 1993, que contextualizava o momento acadêmico vivenciado pela FAMEMA no processo de implementação dos ideais do Projeto UNI-Marília:

Figura 48: Fonte Documental, Jornal da Manhã, revisão curricular.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Em maio de 1994 a FAMEMA participou de um colegiado de escolas médicas de São Paulo, para a construção do então currículo nuclear da escola médica. No mesmo ano, ocorreu em Londrina um curso sobre estratégias para reforma curricular.

Ocorreram também ações paralelas ao processo de revisão curricular, onde se buscava a implementação dessas ações em algumas disciplinas, com o intuito de se desenhar o caminho que se deseja construir. Para isso, ocorreram cursos de capacitação pedagógica, que abordavam temáticas variadas, a partir de oficina de trabalho voltadas para a reflexão crítica sobre a prática pedagógica nos processos de capacitação nos serviços de saúde, conforme a figura 49, a seguir:

Figura 49: Oficina de capacitação nos serviços de saúde, 1995.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Após esses cursos, as disciplinas de Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem Médico Cirúrgica se propuseram a rever e alterar a organização do programa de ensino.

- Curso de formação docente pedagógica: Em março de 1994, três pedagogos da Unesp e uma pedagoga da FAMEMA responsável pela educação continuada participaram de um treinamento em Londrina. Após esse encontro, os atores envolvidos elaboraram uma proposta do curso “Programa de Formação Docente Pedagógica”, que compreendia as seguintes temáticas: Universidade e saúde, aprendizagem e ensino, currículo e programas, estratégias de ensino, tipos de avaliação, provas e exames e avaliação do programa. Em relação aos periódicos estrangeiros, em 1993 foram renovados 26 títulos que vinham sido assinados pela instituição. Em 1994 foram assinados 40 títulos. Já os materiais audiovisuais, foram produzidos 700 dispositivos (*slides*).

Ocorreu também a informatização de todo o acervo da FAMEMA. Em 1992, iniciou-se estudos para atualização dos profissionais da área da informática para biblioteca. Houve participação em dois eventos realizados pela Bireme: Congresso Regional de Informação de Ciências da Saúde e Curso de Acesso a Base de Dados da Bireme.

Ainda em 1992, por meio de contatos com profissionais da Bireme, a FAMEMA recebeu o *software Microsis*, distribuído gratuitamente pela Unesco e utilizado especificamente em bibliotecas. O objetivo foi de informatizar o acervo de livros, folhetos, audiovisuais e controlar empréstimos. Além disso, no ano de 1993, foi realizado visita na biblioteca da Faculdade Pública da USP, para obtenção de informações adicionais sobre o *software Microsis* e sistema de empréstimos.

Em 1992, foi implantado levantamento bibliográfico por meio de *CD-ROM*, utilizado equipamentos emprestados da associação dos docentes da FAMEMA. A seguir, conforme imagem 50, a biblioteca da FAMEMA após as reformas e instalação de novos computadores.

Imagem 50: Nova Biblioteca da FAMEMA com novos computadores



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA.

Em março de 1993, realizou-se visita orientada com os alunos da 1ª série dos cursos de Enfermagem e Medicina, com o objetivo de orientá-los sobre como utilizar os serviços prestados pela biblioteca. Na época, vale ressaltar, a biblioteca tinha a intenção de criar uma base de dados para livros, folhetos e audiovisuais, além da implantação de um sistema de empréstimo.

Por fim, após um ano de tentativas de sensibilização por parte do corpo docente dos cursos de Medicina e Enfermagem, não se obteve resultados significativos na alteração dos programas de ensino ou um redirecionamento do modelo pedagógico, em uma perspectiva mais ampla.

Como aspecto positivo a mudança de algumas atividades de ensino que antes eram desenvolvidas no ambulatório hospitalar e passaram a ser realizadas na UBS. Diante disso, com o intuito de fortalecer as atividades de ensino nas UBSs, definiu-se as seguintes estratégias:

- Ampliar a reflexão sobre o modelo pedagógico da época, o método tradicional e o modelo pedagógico pretendido, construtivista, por meio da realização de oficinas de trabalho;
- Capacitação pedagógica sobre a Metodologia da Problematização, inicialmente para o grupo de professores que estavam inseridos nas UBSs;
- Assessoria a esses docentes após o curso sobre Metodologia da Problematização;

- Reforçar a otimização de recursos e preparo dos novos cenários de ensino e aprendizagem;
- Ampliar a proposta de um laboratório de simulação para um laboratório de microinformática e simulação;
- Construir um núcleo de apoio ao discente para maior suporte no processo de ensino e aprendizagem.

#### **4.3 Propostas organizacionais para o 2º ano do Projeto UNI-Marília**

A programação de implantação do Projeto UNI-Marília ocorreu entre 1994 e 1995, após a realização da primeira avaliação. Na prática, a programação consistia na organização e reprogramação de estratégias, cronogramas de atividades e financeiro e produtos de avaliação do 1º ano.

Conforme o cronograma de atividades foi se aplicando, houve uma importante adesão por parte do componente acadêmico, pois entendiam a importância da necessidade de mudança para um ensino capaz de proporcionar uma formação de profissionais adequada com as necessidades de saúde.

Os principais objetivos, de forma geral, consistiam em direcionar a reformulação curricular do curso médico e do curso de Enfermagem, visando uma formação profissional que contemplasse:

- A resolução da maior parte dos problemas de saúde da comunidade;
- O uso da tecnologia disponível com racionalidade, impedindo que ela se transforme em instrumento que acentue a iniquidade ao seu acesso.

Para isso, constituiu-se como estratégias:

- A formação de grupos estratégicos compostos por docentes ou discentes identificados segundo grau de adesão e comprometimento com as propostas da área acadêmica assim como instrumentalização para o desenvolvimento do novo modelo de ensino. Esses grupos eram formados por docentes que atuavam nas unidades básicas de saúde, docentes do curso de Enfermagem e grupos de discentes.
- Proporcionar a esses grupos e aos demais docentes espaços reflexivos sobre o modelo atual de ensino, que na época se baseava na ótica positivista, com concepção pedagógica profissional e pensamento crítico centralizado no biológico e individual;
- Capacitar os docentes para a pedagogia da problematização;
- Instrumentalizar o docente para o ensino em comunidade e na comunidade;
- Instrumentalizar os docentes para o uso de recursos didáticos e dinâmica de grupos;

- Proporcionar a capacitação de lideranças estudantis;
- Criar núcleos de apoio a docentes e discentes nas áreas de capacitação em informática.

#### **4.4 Aspectos identificados no processo de avaliação do Projeto UNI-Marília nas UBS's**

Após o estabelecimento das metas a serem atingidas pelos sujeitos inseridos nas UBS', foram elencados problemas, visando a possibilidade de resoluções durante esse processo avaliativo.

Na vertente da prática docente em UBS, foram elencados os seguintes problemas:

- Falta de trabalho em equipe;
- Falta de entendimento da proposta;
- Resistência ao novo modelo;
- Falta de planejamento;
- Falta de conhecimento do perfil epidemiológico e do diagnóstico das áreas;
- Falta de integração entre Medicina e Enfermagem;
- Falta de compromisso.

Para a frente intitulada Gerentes, os problemas levantados foram os seguintes:

- Indefinição do papel gerente;
- Falta compromisso dos gerentes locais;
- Falta autonomia com o nível local;
- Inadequação da estrutura organizacional da SMHS;
- Condições de trabalho adversas;
- Política de recursos humanos insuficientes.

Na frente voltada para os Conselhos Locais de Saúde, levantou-se os seguintes problemas:

- Falta definição do papel dos CLS's;
- Falta informação para os CLS's;
- Falta capacitação para os conselheiros;
- A parceria entre o serviço e a comunidade é frágil;
- Resistência do serviço;
- Falta autonomia para os gerentes locais;
- Conselhos formados não funcionam.

Em relação ao Sistema de Informação, foram elencados os seguintes problemas:

- Não incorporação do uso da informática para a atividade de gerência;
- Implementação impositiva;
- Dificuldade em operacionalização do sistema;
- Falta de recursos humanos.

A importância deste relatório referente ao 2º fórum de avaliação do ano de 1994 permitiu que os diversos atores envolvidos no processo de operacionalização das atividades do Projeto expressassem suas opiniões e visão para possíveis melhorias. Nesse tocante, definiu-se periodicidade para as futuras reuniões em paralelo ao planejamento das atividades anuais do Projeto, para que se obtivesse maiores índices de acertos nas decisões e condução do Projeto. Além disso, ficou decidido que, os problemas levantados que não foram contemplados pelo processo de elaboração do planejamento da SMHS, fossem encaminhadas estratégias para resolução para o Conselho Gestor até o mês de março de 1995.

#### **4.5 O Projeto UNI-Marília e a criação do Curso de Formação e Liderança Estudantil**

Com a proposta de desenvolvimento do Grupo de Formação e Liderança Estudantil, o Projeto UNI-Marília buscava-se a proposição de formas de trabalho para que os grupos participassem de forma ativa da construção do projeto, incluindo os alunos dos cursos de Enfermagem e Medicina. Como objetivos específicos desse curso, foram propostos:

1º dia

- Incentivar os participantes à integração e autoconhecimento, criando as relações para o relacionamento mútuo que favoreça o processo de reflexão no decorrer do curso;
- Reflexão sobre a organização e a sociedade em geral, visando a compreensão e inserção dos indivíduos dentro desta sociedade e suas formas de manifestação;

2º dia

- Conhecer a realidade da saúde no Brasil;
- Reflexão sobre o papel da Universidade tendo em vista a inserção dos participantes em sua organização e compromisso com a formação médica;

3º dia

- Reflexão sobre as relações entre profissionais da saúde e a população, considerando a participação social como instrumento de garantia a cidadania;
- Elaboração de um plano de ação tendo em vista a participação social nas instâncias da universidade, além da inserção no Projeto UNI.

Na prática, foram desenvolvidas algumas atividades e dinâmicas, a partir de pequenos excertos disparadores:

*“Não existe homem isolado:  
Como a pedra está no rio,  
Como a aranha está em sua teia,  
Como o pássaro voa no céu,  
Como a planta está no solo,  
Assim o homem está no grupo, vive nele, precisa dele”.*

A seguir, a descrição de uma das formas que se utilizou para a operacionalização das propostas relatadas acima.

#### CURSO: Dinâmica em grupo

O objetivo deste curso é descobrir de que jeito um homem conversa com o outro, como pode chegar às soluções de problemas comuns, como pode atingir os objetivos que se propõe para cada ação.

Pretende fazer cada pessoa descobrir seu valor e conhecer o valor do outro, para que juntos com o grupo possam trabalhar melhor. Dinâmica em grupo é como um jogo de futebol, pois possui regras. Cada jogador tem sua tarefa, tem seu lugar, sua posição em campo, e todos correm em direção ao gol. O gol é a finalidade do jogo. Para que o jogo tenha sucesso, é necessário haver disciplina, ordem e obediência ao juiz.

#### Regras do jogo:

- 1- Disponha as cadeiras de modo que todos vejam, de modo a formar um círculo perfeito. O círculo é o símbolo do equilíbrio. No círculo não há dominação, ninguém deve ter destaque.
- 2- Diga sempre NÓS. Nunca diga “vocês”. Dirija-se ao grupo todo, mesmo referindo-se a apenas uma pessoa.
- 3- Não forme subgrupos. Não fique junto com seus amigos. Procure sentar-se perto de quem você conhece menos. Dê chance aos demais de conhecê-lo.

- 4- Mantenha-se atento. Espere tranquilamente sua vez de falar. Quando a bola vier, chute-a, ouça, olhe para quem fala.
- 5- Não fale baixinho para o companheiro ao lado: isso é uma agressão ao grupo, podem pensar que você está criticando alguém. Fale alto, dirigindo-se aos outros.
- 6- Ao intervir, refira-se sempre a uma afirmação anterior, mesmo que seja para discordar.
- 7- Sempre que fizer uma afirmação, conclua com um “PORQUE”, se não, sua afirmação será uma intuição, e não uma operação. Explique-se.
- 8- Não menospreze contribuições que lhe pareçam insignificantes, principalmente se emitidas por pessoas tímidas. Quem entrou no time deve jogar mesmo sem saber. Receba a bola.
- 9- Uma discussão é uma operação mental em conjunto (cooperação). Quando alguém falar, você deve continuar com expressões como portanto, conseqüentemente (conjunções).
- 10- Não diga “não concordo”. Discorde sem dizer que está discordando. Todos perceberão sua discordância. Expressões assim criam barreiras e emoções intransponíveis.
- 11- Quando alguém disser algo que você concorde, faça um sinal de concordância. Isso faz o grupo progredir. A concordância é um elogio.
- 12- Como técnica didática, as vezes discorde só para acender a discussão. Proponha uma afirmação contrária.
- 13- Divida a discussão em dois períodos: um primeiro vale a espontaneidade (tempestade cerebral), no segundo, o planejamento e lógica - Bate papo *versus* discussão.
- 14- Experimente se o grupo já tem maturidade para funcionar sem o coordenador- só um bando precisa de chefe. Se todos coordenam, o chefe se torna inútil- AUTONOMIA.
- 15- Quem não sabe do assunto é extremamente útil para o grupo, por que faz perguntas. Todo grupo deveria ter alguém que não entendesse do tema tratado, talvez esta fosse a pessoa mais criativa do grupo.
- 16- Aprenda a ser categórico, não expresse dúvidas, tenha coragem de falar e fazer afirmações sem restrições, mesmo correndo o risco de ser refutado. Use estatísticas e provas.

- 17- O “eu acho” é hipocrisia: Você não está achando, está afirmando e lutando por sua opinião. As coisas não são verdadeiras porque você acha. Não são subjetivas (intuição).
- 18- Quando disser “eu acho que”, diga: Não posso provar o que vou afirmar. Assim todos saberão que você não enunciou uma convicção, mas uma dúvida. Abra seu jogo.
- 19- Procure elogiar em cada um o que for elogiável. As pessoas crescem quando são estimuladas.
- 20- Passe as palavras para cada membro do grupo. Preocupe-se com o conjunto. Cada um imagine-se coordenador.

De forma geral, as estratégias utilizadas no curso de formação e liderança estudantil foram a dinâmica em grupo (exemplo acima) e textos para reflexão.

#### **4.6 Relatório de avaliação do 2º ano do Projeto UNI-Marília**

O relatório de avaliação do 2º ano do Projeto UNI-Marília apresenta os resultados do processo avaliativo do Projeto. Esse período foi marcado por muitas atividades em diversas frentes de trabalho e por grandes desafios no início das mudanças nos cenários acadêmico, de serviços e de controle social.

A elaboração do relatório de avaliação teve início durante as atividades do 2º ano de execução, no mês de junho de 1994. Em paralelo, foi realizado o II Fórum de Avaliação do Projeto, no mês de novembro do mesmo ano, com o objetivo de promover ajustes no desenvolvimento de algumas ações.

Houve mobilização dos sujeitos que compunham as equipes estratégicas dos Componentes, do Conselho Gestor e do Grupo de Avaliação. Por meio de uma oficina de trabalho, esses grupos estabeleceram uma agenda para sistematizar o processo avaliativo.

No Brasil, durante o desenvolvimento e implantação do Projeto UNI, ocorriam as eleições presidenciais de 1994, nas quais os dois candidatos com maior chance de vitória apresentavam propostas voltadas para as áreas sociais.

No campo da saúde e da educação, o país enfrentava profundas crises estruturais, de recursos humanos e financeiros. Ainda em 1994, o Ministério da Saúde iniciou o processo de descentralização dos serviços de saúde, com base nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Naquele momento, 19 municípios passaram a receber recursos financeiros e a gerir integralmente seus sistemas locais de saúde, caracterizando uma forma de gestão semiplena. Paralelamente, a Faculdade de Medicina de Marília,

mantida até então pela Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, conquistava sua estadualização.

Os Componentes envolvidos no processo de avaliação levantaram dados por meio de relatórios, questionários, entrevistas, planilhas de produção, declarações de óbito, oficinas de trabalho, registros de reuniões, listas de presença e planilhas financeiras, abrangendo o período de julho de 1994 a maio de 1995. Durante o 2º ano do Projeto, foram realizadas quinze reuniões do Conselho Gestor.

No contexto da institucionalização, a Faculdade de Medicina de Marília incorporou em seu plano de Consolidação e Desenvolvimento Institucional, tanto na área acadêmica como na área de serviço, aspectos relevantes propostos pelo UNI, entre eles:

- Revisão curricular, direcionada para a multidisciplinaridade e a problematização, visando uma interface e maior responsabilidade profissional em resposta às necessidades da população;
- A inserção dos hospitais universitários no sistema de saúde local, articulando segundo nível hierárquico e com ações dirigidas a grupos de risco, ocorrendo deslocamento dos ambulatorios de clínica geral e cirurgia ambulatorial para as unidades básicas de saúde.
- Propostas de participação da comunidade da discussão e deliberação nos destinos da Faculdade.

Neste momento, a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde estabelece como diretriz a mudança do modelo assistencial. O planejamento para esta mudança ocorreu a partir dos seguintes acontecimentos:

- Construção do modelo de assistência centrado na vigilância em saúde;
- Criação de uma área de informação, avaliação e controle;
- Programação para educação em saúde;
- Criação de um colegiado de gestão.

No 2º ano do Projeto foi estruturada a Área de Comunicação, por meio da elaboração de quatro jornais informativos. Além disso, foram criados logotipos, fitas de vídeo sobre o Projeto, Folders e Slides.

Na sequência, conforme figura 51, a seguir, localizei um dos jornais informativos da época, intitulado Medicina de Marília, a seguir:

Figura 51: Fonte Documental, Jornal Medicina de Marília



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

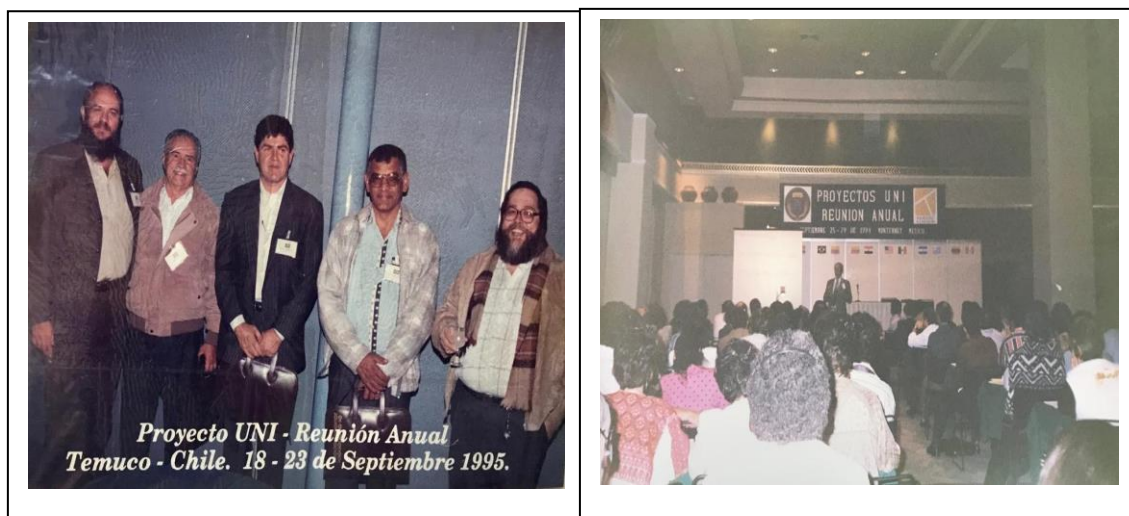
Os recursos financeiros foram distribuídos nas áreas de Assessorias, Divulgação, Encontros, Equipamentos e de Pessoal.

No contexto acadêmico, durante o primeiro ano do Projeto, identificou-se baixa inserção de docentes e discentes às ações do Projeto, com ênfase na insuficiente reflexão sobre prática pedagógica ou percepção das reais necessidades de mudanças curriculares. Para sanar o diagnóstico acima, realizaram-se oficinas de Planejamento Estratégico. A partir daí, o curso de Enfermagem, que havia iniciado seu processo de revisão curricular, encontrou seu caminho e uma forma organizada de trabalho.

Concretizaram-se, então, algumas estratégias bem-sucedidas para ambos os cursos de reflexão da prática pedagógica e de envolvimento de um maior número de atores. Ocorreu, então, a formação de um grupo de professores de ambos os cursos, direcionados na educação médica e de Enfermagem para a Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP, envolvendo cursos de Educação à Distância da Universidade de Dundee ou de outras atividades de capacitação.

Em paralelo, ocorreram reuniões sobre o Projeto UNI no Chile e no México, conforme figura 52, a seguir:

Figura 52: Reunião Projeto UNI, Temuco (Chile) e Monterrey (México), 1995.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

A partir de então, foi possível observar maior envolvimento de grupos acadêmicos, mobilizados para mudanças, baseados em reflexões críticas do atual modelo pedagógico e curricular. Percebeu-se, então, um significativo avanço durante o 2º ano de implantação do UNI, com a revisão curricular em andamento nos cursos de Medicina e de Enfermagem, com uso da Metodologia da Problemática nos cursos de Enfermagem e do trabalho interdisciplinar baseado no perfil epidemiológico da população no 4º ano do curso de Medicina. Com isso, tornou-se mais favorável a implementação das estratégias a serem planejadas para o terceiro ano.

Segue, portanto, conforme figuras 53 e 54, as fotografias das Oficinas de Avaliação do Projeto UNI-Marília, nos anos de 1994 e 1995.

Figura 53: Fonte Documental, Oficina de Avaliação do Projeto UNI-Marília com docentes e colaboradores da FAMEMA, 1994.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Figura 54: Fonte Documental, Oficina de Avaliação do Projeto UNI-Marília com docentes e colaboradores da FAMEMA, 1995.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

A foto da figura 54, anterior, apresenta um momento de oficina entre docentes e colaboradores da FAMEMA. A partir delas, é possível a visualização dos sujeitos em formato de roda, característica peculiar das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, como recortes e temáticas escritas na lousa caracterizando um momento de “chuva de ideias”.

Em junho de 1994, foi criado o Grupo de Apoio ao Componente Acadêmico (GACA), que compreendia os seguintes aspectos:

- Garantia e direcionalidade do projeto acadêmico;
- Tornar-se um fórum de estudo para a educação médica;
- Propiciar articulação das atividades do Componente Acadêmico;
- Integrar atividades entre os cursos médicos e de Enfermagem.

Este grupo era composto por 2 docentes da Clínica Médica, 1 docente da Pediatria, 1 docente da Cirurgia, 2 docentes da Enfermagem, 1 docente da Cadeira Básica e 1 representante do Grupo de Avaliação.

No tocante do processo de revisão curricular do curso de Medicina, a primeira tentativa ocorreu no primeiro ano do Projeto UNI, porém ficou restrita a um pequeno número de pessoas, gerando dificuldades em sua implantação. No 2º ano, foram estabelecidas estratégias, visando maior envolvimento dos docentes e alunos para ampliar a legitimidade e as chances de êxito.

A grade curricular do curso de Medicina, na 1ª série, era de 40 horas semanais, com nítida sobrecarga para o aluno, comprometendo sua participação em outras atividades. Frente a isso, as primeiras propostas de mudanças compreendiam a redução desta carga horária, criação de áreas sem atividades programadas, conhecidas por “áreas verdes”, criação de espaços para a inclusão de conteúdos eletivos e a criação de espaços para a integração com o curso de Enfermagem.

Introduziu-se, então, a nova grade curricular em 1995, com a redução de 120 horas da disciplina de Anatomia, o que correspondia a 19% da carga total da disciplina. Essas horas foram convertidas em “áreas verdes”, com a oferta de um curso de inglês optativo.

Na quarta série do curso de Medicina, eram abordadas temáticas voltadas para síndromes clínicas, a partir do enfoque fisiopatológico. Na ocasião, havia insatisfação por parte de professores e alunos com o modelo de ensino aplicado e com a dinâmica das aulas, evidenciada pela baixa frequência às exposições teóricas. Com o intuito de promover melhorias, as esferas do ciclo básico, clínico e de internato propuseram a redução da carga horária teórica, a criação de áreas verdes, a integração de conteúdos e a inclusão de novas temáticas pautadas na realidade epidemiológica da época.

Como resultado, houve uma redução de 33% na carga horária da série e a inclusão de novos conteúdos voltados à epidemiologia do envelhecimento, politraumatismo, planejamento familiar, interações medicamentosas, intoxicação

exógena, fadiga, depressão, relação médico-paciente, transplante de órgãos e avaliação nutricional.

Durante o 2º ano do Projeto, o curso de Enfermagem contou com 20 horas de assessoria para a elaboração dos programas de ensino, com o envolvimento de 15 docentes, que representavam cerca de 60% do departamento. No início do ano letivo de 1995, foi realizada a primeira semana de integração entre os cursos de Medicina e Enfermagem, contando com a participação de 120 alunos, sendo 80 de Medicina e 40 de Enfermagem. Essa atividade teve como objetivo divulgar os cursos escolhidos e apresentar a cidade de Marília.

Na disciplina de Fundamentos de Enfermagem I, foi adotada a Metodologia da Problemática, integrando outras oito disciplinas: Enfermagem Psiquiátrica, Psicologia, Anatomia, Farmacologia, Enfermagem em Saúde Pública, Ética, Deontologia e Legislação em Enfermagem. Foi eliminada a prova dissertativa tradicional, sendo substituída por um questionário com o intuito de aproximar os alunos dos objetivos da disciplina.

A 2ª série do curso de Enfermagem era composta pelas disciplinas de Fundamentos de Enfermagem II, Enfermagem e Saúde da Comunidade, além de Ética e Legislação em Enfermagem.

Na 3ª série, foram incluídas as disciplinas de Enfermagem em Saúde Pública, Unidades de Cuidados Intensivos, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Doenças Transmissíveis.

A 4ª série era composta pelas disciplinas de Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Psiquiátrica, além de atividades de capacitação. Paralelamente, ocorriam capacitações pedagógicas de forma progressiva, com o intuito de implementar um ensino baseado em problemas e orientado para a comunidade, conforme a figura 55, a seguir:

Figura 55: Fonte Documental, Capacitação pedagógica sobre o PBL, 1995.



Fonte: Acervo Documental-FAMEMA

Figura 56: Capacitação pedagógica sobre o PBL, 1995.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Houve também a criação do laboratório de simulação, cujo objetivo foi o de transferir a prática inicial de procedimentos que o aluno deve conhecer, para

equipamentos de simulação, evitando o constrangimento do paciente e sua exposição a um profissional tecnicamente habilitado.

Para a criação do laboratório de simulação, realizou-se visitas em outras instituições que possuíam este laboratório. Foi realizada compra dos materiais necessários para a construção do laboratório.

Como observado, nessa etapa do desenvolvimento do Projeto UNI, houve debates e propostas de mudanças na estrutura curricular do curso de Medicina.

Ao problematizar os cotidianos escolares, precisamos, ainda, assumir que os currículos escolares são, o tempo todo, criados em redes, cotidianamente, dentro e fora das escolas, com as políticas curriculares produzidas e negociadas em outros contextos, ainda que as diretrizes curriculares e as teorias que procuram nos ensinar como se deve proceder com os currículos e com os conhecimentos legitimados pelas disciplinas científicas, que são considerados conteúdos, tenham sido produzidos em outros espaços tempos, também cotidianos (De Certeau, 2002, p.99).

Portanto, em se tratar de propostas de mudanças curriculares, é necessária a compreensão da ampla magnitude que envolvem essa ideia, pois, no contexto do ensino médico, em específico na FAMEMA, como observado, buscava-se um currículo integrado, em que o aluno, sujeito no processo de ensino e aprendizagem, aprendesse a pensar e atuar na própria sociedade na qual ele está inserido, vivenciando, compreendendo e solucionando os problemas de saúde. Nessa premissa, as políticas escolares atingem uma outra esfera, pois, além dos hospitais do complexo FAMEMA, o ensino médico contemplava os cenários de Atenção Primária, incluindo as UBS, sendo necessário pensar nas mudanças curriculares a partir de uma ótica ampliada.

#### **4.7 Relatório de avaliação do Projeto UNI-Marília-1995**

Nessa etapa, foram realizadas 4 oficinas de trabalho, 3 seminários e 2 fóruns de avaliação no terceiro ano do projeto.

No âmbito nacional, durante o período do 3º ano do Projeto UNI, no que tange ao contexto econômico, ocorria um período de estabilidade mantida pela implementação do Plano Real pelo então presidente da república Fernando Henrique Cardoso. Por outro lado, ocorriam diversos problemas na área social, devido ao aumento do número de desempregos e conflitos entre os excluídos e o estado.

No contexto da saúde, havia poucos investimentos financeiros. Com pouco investimento, instalava-se uma profunda crise, com sucateamento de equipamentos,

desqualificação do quadro de profissionais e consequente queda na qualidade da assistência, além da redução no quantitativo dos funcionários. Em função da crise financeira e as dificuldades de financiamento no setor da saúde, ampliou-se as discussões sobre as prioridades do sistema de saúde e melhor capacitação das esferas locais na gestão de recursos disponíveis.

Na época, havia importantes obstáculos no processo de implantação do SUS, haja vista que, no contexto vigente, fazia-se necessário o cumprimento de, especificamente, dois dos três princípios do SUS: a Universalidade e a Equidade. Em 1996, foi realizada a X Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de diagnosticar os impedimentos à implantação do SUS e propor diretrizes capazes de superar esses obstáculos. Nesse sentido, destacam-se as experiências bem-sucedidas em alguns municípios, nas quais foi possível observar a efetividade da participação social como elemento importante na superação das dificuldades.

Ainda nesse período, em decorrência do perfil de mortalidade predominante na cidade de Marília - caracterizado por doenças cardiovasculares e neoplásicas -, evidenciou-se a necessidade de maiores investimentos em recursos tecnológicos, com o objetivo de viabilizar uma abordagem diferenciada que possibilitasse a redução desses indicadores e a melhoria da qualidade da assistência. Houve, então, um processo de reestruturação dos serviços, envolvendo a Faculdade de Medicina de Marília e a Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico do Estado de São Paulo, voltado à recomposição do quadro de recursos humanos, de equipamentos e do consumo de materiais que se encontravam comprometidos.

De forma geral, o Projeto UNI conquistou avanços importantes nos processos de melhoria propostos. Os principais marcos, ao longo dos três anos e meio de trabalho, foram as mudanças no perfil profissional dos trabalhadores da saúde formados pela Faculdade de Medicina de Marília, além de contribuições significativas para o sistema de saúde local.

O relatório de apresentação do Projeto UNI, correspondente ao período de julho de 1995 a junho de 1996, evidenciou mudanças importantes quando comparado aos dois anos anteriores, especialmente devido à reestruturação organizacional promovida pelo Projeto UNI-Marília, no qual os processos organizacionais deixaram de ser verticalizados e passaram a ser organizados de forma matricial. Esse relatório foi estruturado a partir da análise de atas, listas de presença, planilhas de produção e financeiras, além de entrevistas e questionários. O enfoque baseou-se nas bases

territoriais vinculadas ao Projeto, resgatando todos os investimentos realizados nos três anos anteriores, os produtos obtidos e os impactos percebidos no âmbito da saúde.

O planejamento do terceiro ano foi proposto para um período de 18 meses, de julho de 1995 a dezembro de 1996. A partir da criação de subprojetos voltados à qualificação de setores distintos, como os campos de avaliação do ensino médico, foram apresentadas propostas de melhorias por meio da capacitação pedagógica, da reorganização do modelo dos sistemas de saúde, considerando o perfil de mortalidade do município, de eixos voltados à capacitação de recursos humanos visando novas práticas de trabalho, e da adequação da estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde.

Os processos gerenciais do Projeto UNI passaram a ser conduzidos por um docente do curso de Enfermagem da FAMEMA desde a mudança na coordenação do Projeto e na direção geral da Faculdade, ocorrida em 1993.

No início do ano de 1996, esse profissional se afastou de suas atividades para cursar Mestrado em Educação Médica na Universidade de Dundee com apoio da Fundação Kellogg, sendo substituído pelo coordenador da área de avaliação.

O Projeto UNI-Marília manteve com recursos próprios, durante o 3º ano, 5 profissionais, sendo 1 jornalista, 1 médico e 3 programadores. O novo estatuto da FAMEMA, necessário após a estadualização da faculdade, ocorrida em 1994, incorporou as pré-condições necessárias para a plena implementação do projeto educacional. Com as propostas em andamento e a manutenção dos profissionais acima, pode-se considerar o projeto acadêmico completamente institucionalizado. Todo o quadro de pessoal alocado na academia e anteriormente pago com recursos UNI foi incorporado.

As propostas de reestruturação organizacional do UNI-Marília pretendiam oferecer maiores condições para uma parceria mais estreita em nível operacional. Nesse sentido, a reorganização do sistema e do modelo de saúde viabilizou parcerias entre academia, serviço e comunidade, nos contextos acadêmicos relacionados aos programas do adulto, da criança, do adolescente, do idoso e de saúde mental.

Na época, as iniciativas estavam sendo desenvolvidas de forma piloto, em várias unidades de saúde. Então, nos dois últimos anos do Projeto UNI, a área acadêmica encontrou caminhos para as mudanças necessárias, e consolidou seu projeto de construção de um novo modelo de ensino e aprendizagem. Fundamentalmente nesse último ano, alguns componentes figuraram como decisivos para a institucionalização

das principais iniciativas do Projeto UNI, entre os quais se destacam: a vontade e decisão política da direção da Faculdade de Medicina de Marília e as pré-condições oferecidas pela implementação do UNI.

No primeiro semestre do terceiro ano, foram definidos pela coordenação do projeto acadêmico três grupos de trabalho, com o objetivo de alavancarem o desenvolvimento curricular do curso médico, do modelo pedagógico e da avaliação acadêmica. Foi solicitado aos grupos a apresentação de uma agenda de reuniões, designação de uma coordenação e registro em ata das atividades. Com isso, a expectativa é da construção de um projeto educacional com características inovadoras em ciências da saúde.

Os resultados positivos começaram a surgir à curto prazo. Tanto no Projeto UNI como na Faculdade de Medicina de Marília, a constituição do novo projeto educacional potencializou a força política de implementação de mudanças. O núcleo de apoio à academia passou a ser formado por dez elementos, conforme o quadro 4, que segue:

**Quadro 4- Relação dos elementos do núcleo de apoio à academia**

| <b>Composição</b>                                  | <b>Função</b>             |
|----------------------------------------------------|---------------------------|
| Coordenador                                        | Diretor Acadêmico         |
| Representante Revisão Curricular Medicina          | Docente de Medicina       |
| Representante Revisão Curricular Enfermagem        | Docente Enfermagem        |
| Representante GAREA                                | Docente Enfermagem        |
| Representante PIMEC                                | Docente Medicina          |
| Representante Desenvolvimento de novas habilidades | Diretor Acadêmico         |
| Representante Avaliação da Academia                | Docente Medicina          |
| Representante Desenvolvimento Pedagógico           | Docente Medicina          |
| Representante de Alunos                            | Aluno 5º ano Medicina     |
| Representante Serviço                              | Coordenador Geral da SMHS |
| Representante da comunidade                        | Representante.            |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram realizadas 16 reuniões no ano de 1996 até o mês de abril e 5 reuniões até junho do mesmo ano.

Em relação ao núcleo de apoio a comunidade, o Projeto consolidou sua atuação. A comunidade conquistou mais assento junto ao conselho gestor, ganhando também representação formal dos núcleos de apoio à academia.

Durante do desenvolvimento dos trabalhos do núcleo de apoio, foram convidados 11 elementos para integrarem esse grupo de trabalho. Além disso, foi apresentado um cronograma com 18 reuniões, de abril a dezembro de 1996.

Para a elaboração do novo currículo médico, em junho de 1995, o grupo de apoio ao componente acadêmico havia aplicado um questionário para docentes, ex-alunos e alunos, visando a definição de marcos conceituais para as mudanças propostas. Após análise coletiva das questões apresentadas, o grupo elaborou um documento distribuído aos departamentos. De forma geral, foi possível perceber alguns docentes com certo grau de flexibilidade, o que permitiria um investimento no sentido de troca de informações e possibilitaria aproximações com os temas interdisciplinares e do ensino baseado em problemas.

A partir daí, as atividades foram direcionadas à capacitação de docentes e discentes, além do contato com outras instituições que caminham no sentido do desenvolvimento de currículos inovadores, centrados no aluno e orientados à comunidade. Em setembro de 1995, foi realizado um encontro sobre o currículo nuclear, uma tendência na educação médica que possibilita a criação de espaços na grade curricular para inovações, visando a formação geral do médico, com carga horária de 8 horas.

A construção do currículo nuclear na FAMEMA possibilitou a criação de espaços curriculares com vistas às inovações no processo de ensino e aprendizagem, uma vez que a existência de cursos eletivos e áreas verdes proporcionam novas práticas, como seções tutoriais em pequenos grupos e busca ativa de informações, possibilitando a criação de um modelo de ensino e aprendizagem centrado no aluno, baseado em problemas e orientado à comunidade. Esse modelo de ensino e aprendizagem foi implantado, pela primeira vez, no ano de 1997, na 1ª série do curso de Medicina.

#### **4.8 Apropriação e capacitação dos docentes da FAMEMA no PBL**

Em junho de 1995, 4 docentes visitaram a Universidade de McMaster, no Canadá, com o intuito de conhecer como ocorre o desenvolvimento do *Problem-Based*

*Learning* (PBL), e articular um intercâmbio internacional e assessoria técnica. A partir deste primeiro encontro, foi organizada uma oficina de trabalho na cidade de Marília, em 1995, sobre o PBL no ensino médico, sob a coordenação de um professor da Universidade de McMaster. Então, foi definida a realização de uma oficina de trabalho na cidade de Marília, no mês de dezembro de 1995, sob a coordenação de um professor da Universidade de McMaster, além da presença de 76 docentes e 15 alunos que representavam o Projeto UNI de Londrina. Em seguida definiram-se passos para a realização de propostas de capacitação docente e discente. Realizou-se então uma segunda oficina, com trabalhos voltados para a formação de tutores, processos avaliativos e a elaboração de um currículo em formato PBL. No ano de 1996, foi realizada uma visita na Universidade de McMaster, por meio da oficina de avaliação, com o intuito de ampliar os fundamentos do currículo PBL, além da apropriação de pressupostos que fundamentam o modelo de avaliação formativa.

Após esses encontros, definiu-se o seguinte currículo para o curso de Medicina da FAMEMA, conforme imagem, a seguir:

Figura 57- Semana padrão do curso de Medicina, 1996.

Quadro 7 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 1º semestre da 1ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.

| SEGUNDA               | TERÇA                 | QUARTA                                          | QUINTA                  | SEXTA                                                                    |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Anatomia<br>(16 Sem.) | Anatomia<br>(16 Sem.) | Psicologia<br>(8 Sem.)<br>Anatomia<br>(7 Sem.)  | Histologia<br>(15 Sem.) | Integração<br>(4 Sem.)<br>Anatomia<br>(8 Sem.)<br>Histologia<br>(3 Sem.) |
| Anatomia<br>(16 Sem.) | Anatomia<br>(16 Sem.) | Área Verde<br>(15 Sem.)<br>"Pimec"<br>(11 Sem.) | Histologia<br>(15 Sem.) | Área Verde<br>(15 Sem.)                                                  |

Quadro 8 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 2º semestre da 1ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.

| SEGUNDA                                     | TERÇA                   | QUARTA                                          | QUINTA                  | SEXTA                   |
|---------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Anatomia<br>(16 Sem.)                       | Bioquímica<br>(17 Sem.) | I.C.S.<br>(19 Sem.)                             | Histologia<br>(15 Sem.) | Eletivo<br>(16 Sem.)    |
| Anatomia<br>(16 Sem.)<br>I.C.S.<br>(1 Sem.) | Bioquímica<br>(17 Sem.) | Área Verde<br>(19 Sem.)<br>"Pimec"<br>(10 Sem.) | Histologia<br>(15 Sem.) | Área Verde<br>(16 Sem.) |

Legenda

Integração: Recepção e integração do aluno na Faculdade

I.C.S.: Introdução à Ciência da Saúde

PIMEC: Projeto de Integração Medicina-Enfermagem-Comunidade.

Quadro 9 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 1º semestre da 2ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.

| SEGUNDA                 | TERÇA                                                   | QUARTA                  | QUINTA                                              | SEXTA                   |
|-------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|
| Fisiologia<br>(19 Sem.) | Epidemiologia<br>(18 Sem.)                              | Fisiologia<br>(18 Sem.) | Farmacologia<br>(9 Sem.)<br>Micro/Imuno<br>(9 Sem.) | Fisiologia<br>(18 Sem.) |
| Eletivo<br>(12 Sem.)    | Epidemiologia<br>(10 Sem.)<br>Farmacologia<br>(09 Sem.) | Área Verde<br>(18 Sem.) | Genética<br>(15 Sem.)                               | Eletivo<br>(11 Sem.)    |

Quadro 10 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 2º semestre da 2ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.

| SEGUNDA                                               | TERÇA                                                                  | QUARTA                   | QUINTA                                                                 | SEXTA                      |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Parasitologia<br>(7 Sem.)<br>Farmacologia<br>(9 Sem.) | Farmacologia<br>(9 Sem.)<br>Patologia<br>(9 Sem.)                      | Micro/Imuno<br>(19 Sem.) | Patologia<br>(17 Sem.)                                                 | Parasitologia<br>(15 Sem.) |
| Fisiologia<br>(19 Sem.)<br>Eletivo<br>(12 Sem.)       | Fisiologia<br>(9 Sem.)<br>Patologia<br>(4 Sem.)<br>Eletivo<br>(4 Sem.) | Área Verde<br>(19 Sem.)  | Fisiologia<br>(8 Sem.)<br>Eletivo<br>(4 Sem.)<br>Patologia<br>(4 Sem.) | Eletivo<br>(13 Sem.)       |

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

No 3º ano do Projeto UNI, o curso de Enfermagem trabalhou inicialmente com quatro frentes de atividades: perfil do enfermeiro, modelo assistencial, revisão curricular e capacitação pedagógica no método PBL. Dos 26 docentes que faziam parte do corpo docente, 20 estiveram envolvidos com a organização e implementação dessas frentes de trabalho. De forma geral, os resultados das atividades desenvolvidas por essas frentes proporcionaram avanços que potencializaram o replanejamento desse subprojeto. Segue, na imagem da Figura 58, o grupo de docentes do curso de Enfermagem durante os encontros para capacitação no método PBL.

Figura 58: Encontro para capacitação de docentes no método PBL, com a Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Elza Higa.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA.

A partir do 1º semestre de 1996, houve uma reformulação desse subprojeto, com os seguintes propósitos de trabalho:

- Construção de programas de ensino nas disciplinas do curso de graduação de Enfermagem, fundamentados na Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos, utilizando a concepção pedagógica da Problemática, objetivando a integração ensino-serviço;
- Avaliar o processo de trabalho da Enfermagem e a integração ensino-serviço.

Na época, os hospitais universitários vinculados à Faculdade de Medicina de Marília possuíam enfermeiros que desempenhavam apenas a função assistencial. Foram realizados convites a esses enfermeiros para realizarem atividade de supervisão junto aos alunos da 4ª série, em um trabalho integrado com os docentes. A adesão, porém, foi

baixa. Dos 48 enfermeiros que constituíam o quadro profissional desses hospitais, 11 aceitaram o convite. Esse conjunto de atividades desenvolvidas possibilitou a vivência prática da construção de um currículo na perspectiva problematizadora, tornando-se, portanto, o eixo para a construção de um novo currículo deste curso.

#### **4.9 Fase de consolidação do Projeto UNI-Marília**

Diferente dos relatórios anteriores, o intuito deste relatório foi oferecer um enfoque mais analítico dos processos, que ilustrasse as lições aprendidas, além da incorporação dos resultados dos processos de avaliação já institucionalizados pela Faculdade de Medicina de Marília e pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Além disso, o objetivo deste relatório foi a socialização dos resultados esperados e inesperados dos subprojetos implementados pelo Projeto UNI-Marília, no período de julho de 1996 a abril de 1998.

O planejamento da fase de consolidação do Projeto UNI-Marília foi realizado no mês de setembro de 1996. Mais adiante, no ano de 1997, ocorreram importantes mudanças no cenário político das instituições parceiras. Em março de 1997, a Faculdade de Medicina de Marília realizou eleição para diretor. A comunidade acadêmica e os profissionais vinculados aos serviços da Faculdade mantiveram apoio à direção anterior, que se recandidatou. Dessa forma, manteve-se a coordenação do Projeto UNI e seus diretores vinculados às áreas acadêmicas e de prestação de serviços (Hospital das Clínicas e Hemocentro) da FAMEMA.

No último trimestre de 1997, a Faculdade atravessou uma importante crise financeira, desencadeada pelo corte de recursos devido a significativas reduções no número de autorizações de internações hospitalares. A direção da FAMEMA se mobilizou, buscando articulações técnicas e políticas para reverter esse quadro. Após seis meses de incertezas e tentativas frustradas, a direção considerou inviável a manutenção das receitas frente às altas despesas da época e propôs um programa de readequação da estrutura administrativa e operacional, diante da iminente necessidade de redução das despesas. A seguir, conforme imagem 59, recuperou-se um artigo do Jornal Diário de Marília que contrastava a crise da época.

Figura 59: Movimentos por uma saúde de qualidade, 1997



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

A figura 59, anterior, oferece uma leitura de um fato constantemente presenciado no contexto da saúde: as lutas e movimentos de funcionários por uma saúde de qualidade. Nas faixas carregadas pelos manifestantes observa-se a reivindicação por número de leitos, mostrando a insatisfação e a preocupação dos colaboradores com a redução de leitos e seus impactos para a sociedade.

Em relação ao programa de readequação da estrutura administrativa e operacional, ele foi discutido com docentes, funcionários, estudantes e residentes, sendo implantado após um período de difíceis negociações. Na época, o número de leitos do hospital das Clínicas foi reduzido de 339 para 160, assim como o número de horas extras.

Em janeiro de 1997, em relação ao contexto acadêmico, durante o processo de instauração da autarquia na FAMEMA, ocorreram importantes mudanças na estrutura organizacional da instituição. As disciplinas e não mais os departamentos passam a ser o caminho para que ocorresse a inserção dos docentes na Instituição, servindo também como base para a formação de grupos interdisciplinares. Somando-se a estes eventos, houve também a implementação dos novos currículos nos cursos de Medicina e Enfermagem na FAMEMA, nos anos de 1997 e 1998, respectivamente. A seguir, conforme figura 60, um recorte do Jornal Medicina de Marília, com matéria sobre o novo currículo do curso de Enfermagem.

Figura 60: Jornal Medicina de Marília



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

A experiência acumulada com a implementação da 1ª série do programa de Medicina, a partir de um currículo orientado à comunidade, centralizado no estudante a partir de situações problemas, mostravam a certeza de que as propostas de mudanças possuíam grandes chances de êxito. Com isso, houve motivação por parte dos docentes do curso de Enfermagem a iniciarem um movimento de transição gradual por meio da progressão da série, assim como no curso de Medicina.

Em relação aos processos de gestão e avaliação, considerando a fase de consolidação do Projeto UNI-Marília, utilizou-se o enfoque matricial para a estrutura organizacional do Projeto. As matrizes foram construídas a partir de um processo de coparticipação entre pessoas da comunidade, serviços e Faculdade. Os subprojetos de apoio consistiam em:

- Gestão e Avaliação do Projeto;
- Criação de Bases Territoriais;
- Capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de lideranças;
- Comunicação, trabalho em rede e sistema de informação;

Já os subprojetos de ação consistiam em:

- Implementação das diretrizes do modelo de atenção à saúde das bases territoriais;
- Projeto FAMEMA 1996/2000: Ensino e aprendizagem centrados no aluno, baseado em problemas e orientado à comunidade;

- Criação, implementação e institucionalização dos conselhos locais e regionais da saúde;
- Articulação intersetorial da saúde.

A partir disso, a gestão do projeto UNI-Marília ocorreu por meio da articulação e integração dos subprojetos, mantendo a tendência à descentralização.

#### **4.10 O processo de implementação dos novos currículos nos cursos de Medicina e Enfermagem e a integração ensino, serviço e comunidade**

O núcleo de apoio a academia se responsabilizou pela condução do Projeto FAMEMA 2000, além da implementação dos currículos de Medicina e Enfermagem. Os temas das reuniões do núcleo de apoio a academia centravam-se nas seguintes temáticas: Estudantes, Comunicação, Ensino e aprendizagem na rede básica, capacitação e comunidade. Essas reuniões ilustraram, entre outros importantes aspectos, a relevância da implementação das atividades de ensino e aprendizagem na rede básica, por se tratar a principal área de articulação entre a academia e o serviço.

Ocorreram, também, Feiras de Saúde, na busca pela integração entre Ensino-Serviço e Comunidade, conforme figura 61, a seguir:

Figura 61: Feira de Saúde, 1996



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Uma das iniciativas para incentivo a capacitação no contexto acadêmico foi a realização de um Mestrado em Educação oferecido pela *University of Illinois at Chicago*, com apoio da Fundação Kellog. Além disso, docentes da FAMEMA participaram de processos de capacitação no Centro de Avaliação da Western Michigan University (EUA) e em Maastricht (HOLANDA), em agosto de 1997.

Na busca pela ampliação de intercâmbios, a FAMEMA buscou um acordo com a *Michigan State University* (EUA) para a realização de intercâmbio de estudantes e docentes nas áreas de Avaliação Curricular, Comunicação, Epidemiologia, Atenção à Criança, Oncologia, Planejamento e Avaliação em Serviços de Saúde e Informática Aplicada à Medicina.

Por fim, ainda nesse contexto de intercâmbio com o exterior, um docente da FAMEMA finalizou um curso de Educação Médica em Dundee, na Escócia.

A partir de julho de 1997, a equipe operacional de planejamento e implementação do Projeto FAMEMA 2000, formada pelo diretor de graduação, coordenadores dos cursos de Medicina e Enfermagem, coordenador do grupo de Avaliação e da Interação Comunitária, passaram a ocupar o espaço do núcleo de apoio junto ao projeto UNI. Os resultados desses planejamentos foram reconhecidos positivamente.

O componente serviço acumulou uma experiência de gestão em relação aos serviços de saúde, direcionada pelo objetivo maior de mudança no modelo de atenção à saúde, da melhoria da qualidade de vida da população e de parceria com a academia e a comunidade, em paralelo à formação de recursos humanos e participação social.

A consolidação do componente serviço apontou para o estabelecimento de subprojetos que contemplassem a construção de novos saberes baseados na vigilância à saúde, na ação das equipes multiprofissionais, na melhoria da qualidade da prestação de serviços, na educação permanente, na descentralização político-administrativa, nas ações intersetoriais e no controle social.

O componente comunidade trouxe como responsabilidade a construção e um município no qual a participação social ocorria de modo pontual. Foram então, criados espaços por meio dos conselhos locais de saúde e garantida a participação formal de representantes da comunidade nos núcleos de apoio aos componentes acadêmicos e de serviço. Os subprojetos de responsabilidade direta do núcleo de apoio a comunidade foram:

- Criação, implementação e institucionalização dos conselhos locais e regionais da saúde;
- Articulação intersetorial da saúde (juntamente com outras instituições sociais).

Para a implementação desses dois subprojetos, o núcleo de apoio elencou atividades que dependiam única e exclusivamente do componente comunidade e outras que dependiam de parcerias com o serviço ou a academia.

#### **4.11 A criação do Projeto FAMEMA 2000**

Após 3 anos de trabalho e preparação, iniciou-se, a partir do ano letivo de 1997 para o curso de Medicina, e de 1998 para o curso de Enfermagem, a implementação do Projeto FAMEMA 2000. Trata-se de um programa de ensino e aprendizagem centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade, com o objetivo de formar profissionais com perspectivas para:

- Ampliar seus conhecimentos sobre a promoção e a manutenção da saúde, envolvendo a prevenção, detecção, avaliação e gerenciamento de problemas de saúde considerando as dimensões biológicas, psicológicas e populacionais;
- Adquirir habilidades profissionais que contemplem procedimentos básicos em clínica e cirurgia, comunicação e relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, tomada de decisões, avaliação crítica de evidências, autoaprendizagem e autoavaliação;
- Apresentarem atitudes éticas e sociais necessárias para o bom desempenho e desenvolvimento profissional em relação aos cuidados com o indivíduo, família e comunidade.

Portanto, trata-se de um processo com foco não mais no ensino, e sim na aprendizagem dos e com os estudantes, dos e com os professores, dos e com o serviço e a comunidade. Neste processo, houve importante mobilização e participação dos docentes e dos estudantes.

O novo currículo do curso de Medicina começou a ser implantado em 1997, sendo estendido de forma progressiva para as outras séries até o ano 2000. A quinta e sexta série permanecem como internato médico. Desta forma, a carreira médica passa a agregar profissionais da área Biológica, Psicológica e Social, a partir de um trabalho interdisciplinar que reflete na seleção de tutores e elaboração dos objetivos educacionais e dos problemas de cada unidade a serem abordados para a compreensão dos objetivos.

Além disso, a semana padrão de atividades da 1ª série do curso de Medicina trouxe, como componente inovador, a existência de tempo pro-aluno, que se mostra

compatível com a necessidade de pesquisa e o estudo dirigido, conforme figura 62, a seguir:

Figura 62- Semana Padrão, curso de Medicina. FAMEMA, 1997.

| SEGUNDA               | TERÇA                 | QUARTA                                          | QUINTA                  | SEXTA                                                                    |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Anatomia<br>(16 Sem.) | Anatomia<br>(16 Sem.) | Psicologia<br>(8 Sem.)<br>Anatomia<br>(7 Sem.)  | Histologia<br>(15 Sem.) | Integração<br>(4 Sem.)<br>Anatomia<br>(8 Sem.)<br>Histologia<br>(3 Sem.) |
| Anatomia<br>(16 Sem.) | Anatomia<br>(16 Sem.) | Área Verde<br>(15 Sem.)<br>"Pimec"<br>(11 Sem.) | Histologia<br>(15 Sem.) | Área Verde<br>(15 Sem.)                                                  |

Quadro 8 - Distribuição das disciplinas segundo semanas letivas, 2º semestre da 1ª série do curso médico, FAMEMA, 1996.

| SEGUNDA                                     | TERÇA                   | QUARTA                                          | QUINTA                  | SEXTA                   |
|---------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Anatomia<br>(16 Sem.)                       | Bioquímica<br>(17 Sem.) | I.C.S.<br>(19 Sem.)                             | Histologia<br>(15 Sem.) | Eletivo<br>(16 Sem.)    |
| Anatomia<br>(16 Sem.)<br>I.C.S.<br>(1 Sem.) | Bioquímica<br>(17 Sem.) | Área Verde<br>(19 Sem.)<br>"Pimec"<br>(10 Sem.) | Histologia<br>(15 Sem.) | Área Verde<br>(16 Sem.) |

Legenda  
Integração: Recepção e integração do aluno na Faculdade  
I.C.S.: Introdução à Ciência da Saúde  
PIMEC: Projeto de Integração Medicina-Enfermagem-Comunidade.

Fonte: Acervo documental- FAMEMA

A partir de 1997, o currículo do curso de Medicina passou a ser composto por unidades educacionais, que permitem ao estudante a apropriação integrada e articulada do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes coerentes com a série e os objetivos do curso.

Cada unidade educacional possui seus objetivos educacionais específicos, que são articulados com os objetivos finais do curso. Os docentes responsáveis por cada unidade educacional elaboram os objetivos, conteúdos e problemas, além de definirem os principais recursos educacionais necessários para a aprendizagem. Os problemas de saúde levantados são discutidos e analisados em sessões de tutoria, por grupo compostos por 8 estudantes, sob orientação de 1 tutor, conforme figura 63, a seguir:

Figura 63: Primeiro grupo de tutoria na metodologia PBL da história da FAMEMA



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

A foto da figura 63, anterior, oferece uma leitura sobre o primeiro grupo de PBL da FAMEMA, evidenciando um grupo de alunos mediado por um tutor, com diferentes materiais na mesa em uma sala de aula no Carmelo. Essa sala de aula apresenta um espaço físico reduzido, com pouco espaço para movimentação, inclusive para escrever na lousa. Esse fato evidencia o processo de transição do método e as mudanças propostas pelo Projeto UNI como eventos que foram e que estão em construção e que passam tanto pela formação de professores, conscientização e participação de alunos e comunidade, até as adequações nas instalações e espaços físicos.

Nessas sessões, os estudantes trabalham o desenvolvimento de habilidades de raciocínio, formulação de hipóteses, busca e análise crítica das informações, por meio do processamento dos problemas e da integração dos aspectos biológicos, psicológicos e populacionais.

No curso de Enfermagem, durante os 3 anos iniciais do Projeto UNI, foram efetivadas significativas mudanças em várias disciplinas, incorporando como inovação a Metodologia da Problemática, além de mudanças no cenário de atuação do enfermeiro.

A proposta inovadora no currículo do curso de Enfermagem significou a adoção de uma concepção de educação com um processo de transformação, voltado para o conhecimento e consequente intervenção na realidade. Na sequência, conforme figura

64, recuperei uma fotografia da primeira turma do curso de Medicina e Enfermagem da metodologia PBL.

Figura 64: Primeira turma do PBL- Curso de Medicina e Enfermagem, 1997.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

A partir disso, o processo de revisão curricular se iniciou mediante o desenvolvimento de vários cursos de capacitação docente voltados para questões pedagógicas. Foram, então, trabalhadas questões filosóficas e ideológicas na elaboração do currículo, e não apenas as alterações de estratégias didáticas.

Esse processo de operacionalização do novo currículo contou com a formação de 6 grupos, compostos por docentes do curso de Enfermagem, para a construção das bases técnico-científicas do currículo. Foram trabalhadas as seguintes temáticas:

- Histórico do curso de Enfermagem da FAMEMA e definição do currículo;
- Fundamentos filosóficos do novo currículo a ser construído;
- Fundamentos psicológicos e socioculturais do currículo;
- Metodologia problematizadora de ensino a ser utilizada.

A partir do exposto, foram definidos os aspectos psicológicos e sociológicos que deveriam nortear o novo currículo do curso de Enfermagem. Foi definido como eixo para sustentação teórica dos aspectos psicológicos os pressupostos da Aprendizagem Significativa, de David Paul Ausubel, que compreende o processo de ensino e aprendizagem, na perspectiva psicológica, como a criação de oportunidades de conhecimento nas áreas afetivas, cognitivas e psicomotoras.

A avaliação do Projeto UNI 2000 apresentou uma análise do funcionamento do grupo de avaliação da academia. O grupo de avaliação da academia era formado por 8 docentes do curso de Medicina e 4 docentes do curso de Enfermagem, 1 psicóloga do núcleo de apoio ao discente e 1 estudante representante de cada curso.

Metodologicamente, o grupo de avaliação trabalhou, no ano de 1997, com documentos quantitativos e qualitativos. Em relação aos documentos quantitativos, eles não se mostraram discriminativos, sendo, desta forma, considerados inadequados para este tipo de avaliação. Já os aspectos qualitativos apresentaram riquezas de detalhes e informações que possibilitaram a identificação das áreas que necessitavam de melhorias, além do tipo de intervenção necessária.

Os impactos e repercussões de todo esse processo de mudança curricular na FAMEMA impactou o cenário educacional nacional. No ano de 1997, o número de inscritos para o vestibular do curso de Medicina, conforme a figura 65, a seguir, era de 2.500 alunos.

Figura 65: Jornal da Manhã- Vestibular FAMEMA, 1997



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA

Pelo exposto, foi possível observar que houve a organização de um novo currículo para o curso de Medicina, em que, na busca pela formação integral do futuro médico, buscou-se a inserção de temáticas que possibilitava a ampliação da ótica do paciente, para além do modelo biomédico, a partir das unidades educacionais.

Conforme imagem 66, a seguir, localizei fotografias dos professores do curso de Enfermagem e das turmas do curso de Medicina e de Enfermagem, do ano de 1997, que

vivenciaram, durante os anos de graduação, a transição entre o método tradicional para as metodologias de aprendizagem ativa.

Imagem 66: Turma de Enfermagem que vivenciou a transição do método tradicional para as metodologias ativas, 1997.



Imagem 67- Turma de Medicina que vivenciou a transição do método tradicional para as metodologias ativas, 1997.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA, 1997

Figura 68: Professores do curso de Enfermagem que vivenciaram a transição do método tradicional par as metodologias ativas, em confraternização, 1997.



Fonte: Acervo Documental- FAMEMA, 1997

Por fim, observou-se que as fontes documentais e iconográficas relacionadas ao Projeto UNI-Marília possibilitaram importantes aproximações com os principais marcos da trajetória histórica do ensino na FAMEMA. Como mencionado e como é possível observar, a organização da história está sempre relacionada a um lugar e a um tempo, o que se deu também em decorrência das técnicas utilizadas na produção dessa história.

Diante de todo esse percurso de recuperação, análise e reflexão sobre as fontes contidas na Repartição Cultural, em paralelo com os relatos de sujeitos que participaram do processo de transição do método de ensino e aprendizagem da FAMEMA e da execução do Projeto UNI-Marília, foi possível perceber que a Faculdade vivenciou momentos de intensos debates políticos e questionamentos sobre as estratégias de ensino e aprendizagem, caminhando em uma via de mão dupla com as necessidades dos estudantes, a partir de elementos da realidade local das épocas em que ocorreram os marcos históricos.

Percebe-se que, à época em que o país vivia um dos principais marcos da história da saúde — a criação do Sistema Único de Saúde (SUS, em 1988) —, houve

um impulso, anos mais tarde, para que a própria Faculdade reconhecesse a necessidade de mudança. Essa mudança considerava a realidade e a epidemiologia local da saúde, com o objetivo de preparar os alunos para o mercado de trabalho e proporcionar-lhes condições de oferecer à população uma assistência pautada na integralidade do cuidado.

Contudo, com o modelo acadêmico vigente, era necessário promover mudanças, baseadas na premissa de “abrir os muros para a comunidade”, pois o então novo Sistema Único de Saúde valorizava (e ainda valoriza) a participação social nos processos de planejamento e organização do sistema e do cuidado em saúde. Viu-se, então, a possibilidade de formalizar essa reestruturação, que envolvia um complexo de setores — Faculdade, hospitais, unidades básicas e todos os profissionais atuantes nesses serviços — por meio das ideias da Fundação Kellogg, ancoradas no Projeto UNI-Marília, com ênfase, no contexto educacional, na implantação das Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem (em um primeiro momento, o PBL).

Ao analisar o conjunto de fontes que, até o momento, foram selecionadas para compor o corpus desta pesquisa, percebeu-se que houve um amplo planejamento financeiro e organizacional, além de intensas e diversas capacitações profissionais, bem como a produção de relatórios de avaliação anual. No entanto, ao analisar as dissertações de mestrado de sujeitos que abordam aspectos da trajetória histórica do ensino na FAMEMA, percebi que tais documentos não revelam intencionalmente o que foi a Fundação Kellogg, nem quem proporcionou toda essa mudança.

Em parte, foram os relatórios do Projeto UNI-Marília que possibilitaram à FAMEMA rever seus processos e compreender que, de fato, existia a necessidade de mudança — uma mudança que demandava visitar constantemente suas origens, sua história, e realizar avaliações contínuas. Assim, a valorização vai além dos pressupostos e ideais do Projeto UNI, estendendo-se à importância da parceria com a sociedade, pois são os sujeitos sociais os principais protagonistas no contexto da saúde no país. Além disso, compreende-se que os contextos e processos pedagógicos vigentes em diferentes épocas impactam diretamente a qualidade da assistência em saúde no futuro.

Tornou-se, então, necessário pensar em uma metodologia na qual professores e alunos construíssem juntos o processo de ensino, em que os estudantes também fizessem parte ativa do processo — e não fossem apenas “um tijolo sobre o muro da educação”. Na contemporaneidade, muitas instituições ainda não conseguem implantar efetivamente as Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem, justamente por não se abrirem a processos de avaliação. No caso da FAMEMA, os ideais do Projeto UNI-

Marília foram utilizados como base para a revisão de seus processos e para a projeção de novos rumos na educação médica.

Sendo assim, a reflexão é a de que, após análise desses documentos, percebi que foi possível a construção de algo diferente na FAMEMA quando ela permitiu se rever a partir dos relatórios do Projeto UNI-Marília, enfatizando o fato de que a participação da comunidade aconteceu em todos os processos.

Diante disso, a partir do que foi elaborado, serão buscados atingir os objetivos específicos relacionados aos processos de mudança curricular dos cursos da FAMEMA, conceitos, pressupostos e vertentes das Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem e perspectivas da Educação Médica no Brasil e sua importância para as instituições reverem seus percursos.

## **5 O PROCESSO DE MUDANÇA CURRICULAR NOS CURSOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM DA FAMEMA: PIONEIRISMO E REVOLUÇÃO EDUCACIONAL NO ENSINO EM SAÚDE CONTEMPORÂNEO.**

Nesta seção, os objetivos específicos foram identificar e analisar aspectos das estruturas curriculares e dos espaços físicos destinados aos cursos da FAMEMA e analisar a bibliografia específica sobre processos de especificação de cursos da Saúde, centralmente dos cursos da FAMEMA, com as reformulações didático-pedagógicas advindas com as metodologias ativas.

### **5.1 Pressupostos que nortearam o processo de mudança nas estruturas curriculares dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA**

Na contemporaneidade, o distanciamento das escolas de Medicina e Enfermagem das necessidades da população, potencializado pela precoce especialização médica, fragmentação e tecnificação do cuidado, representa uma causa relevante do inadequado perfil dos médicos formados, que não refletem compromisso social. Historicamente, a formação tradicional do médico se consolidou em uma justaposição de matérias/disciplinas, que consistem em ciclo básico, clínico e especialidades. As nítidas fragmentações do ciclo básico/clínico e no contexto teórico/prático, atreladas à propostas pedagógicas transmissivas representam as maiores fronteiras à aprendizagem significativa e ao processo de formação de um profissional crítico e reflexivo, capaz de solucionar problemas.

Por um outro lado, a não consonância entre o iminente desenvolvimento tecnológico e a baixa capacidade de resolução de problemas de saúde ilustram as limitações tradicionais da educação médica e da vigência do modelo brasileiro de atenção à saúde. Parte destes constantes insucessos são a política de distribuição e a desigualdade nos acessos à saúde, as limitações do uso da clínica aos aspectos biológicos, o aumento dos custos frente as incorporações tecnológicas e o não cumprimento do papel do Estado na saúde e na vida das pessoas (Lima; Komatsu; Padilha, 2003).

Nessa premissa, a necessidade de melhorias e qualificação na trajetória de formação profissional e na acreditação das escolas médicas passou a ser foco de fóruns nacionais, como o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Assim, as escolas médicas do Brasil encontram-se num delicado momento, que contempla a necessidade de mudanças significativas e as dificuldades de como executá-las. O movimento de transformação da educação médica, na busca pela qualidade, implica uma decisão política dos sujeitos que estão envolvidos em todo o processo (Lima; Komatsu; Padilha, 2003).

O momento para se propor mudanças nos currículos das escolas médicas é mediado por diferentes fatores. Cada instituição de ensino possui seus próprios tempos e movimentos, a partir da sua história, missão, organização do processo de trabalho e características dos diferentes grupos sociais que fazem parte dela. Há também um conjunto de regras em perspectivas maiores que transcendem o controle isolado dessas instituições, porém, considerando as influências externas frente a governabilidade, cada instituição se posiciona de modo peculiar. Desta forma, a análise do momento da mudança sempre ocorrerá de forma situacional, porém, é necessário persistência e determinação, pois fatores como a tendência a norma e a inércia figuram como antagonistas a prática humana (FAMEMA, 2018).

Após a compreensão da necessidade de mudança, torna-se essencial refletir sobre o que deve ser mudado. De forma geral, o ensino tradicional — método de ensino e aprendizagem ainda fortemente presente no cenário educacional médico atual — é centrado no professor, que detém o conhecimento e o protagonismo, estabelecendo o que o aluno deve estudar, geralmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos. Esse modelo, com enfoque biomédico e disciplinar, associado à fragmentação dos objetivos educacionais, impõe barreiras significativas à aprendizagem do aluno. Tal configuração gera uma sobrecarga importante, especialmente quando se considera a

necessidade de integrar componentes fundamentais de ensino durante o internato médico e também na vida profissional.

Dessa forma, ao lidar com os pacientes, o profissional médico se depara com problemas que envolvem não apenas o componente biológico, mas também aspectos psicossociais, econômicos e culturais (FAMEMA, 2018).

Além disso, é necessário aplicar o conhecimento em diferentes situações, integrando os conteúdos disciplinares e superando tanto as próprias dificuldades quanto as necessidades dos pacientes e a precariedade dos serviços de saúde. O objetivo é uma prática efetiva e humanizada, fundamentada na integralidade do cuidado. Nessas situações, quando o profissional médico adota uma prática pautada na clínica ampliada e utiliza diferentes ferramentas de cuidado — para além do conhecimento cognitivo — ampliam-se as possibilidades de atenção ao paciente (FAMEMA, 2024).

Vale, portanto, ressaltar que o conhecimento, em decorrência dos avanços tecnológicos, torna-se obsoleto com rapidez. Para acompanhar essa constante evolução, é fundamental que o profissional médico mantenha uma atitude contínua de aprendizado, adquirindo conhecimento de forma crítica e reflexiva. Ademais, a prática médica requer habilidades psicomotoras que permitam a execução segura de procedimentos, bem como atitudes que fortaleçam a relação médico-paciente. Para tanto, são indispensáveis sentimentos de respeito aos direitos das pessoas e compromisso social.

## **5.2 Breve contextualização histórica do processo de mudança curricular dos cursos da FAMEMA**

De forma geral, todo processo de mudança sugere a definição de objetivos, fundamentos e processos do percurso. Após isso, é necessário a busca por referenciais que, no caso da FAMEMA, foi o currículo centrado no estudante, interdisciplinar, com a Aprendizagem Baseada em Problemas e na comunidade. Considera-se, portanto, que a chave principal de todo processo de mudança é compreender o currículo como uma construção social que ilustra a totalidade das intenções e das situações de ensino e aprendizagem vivenciadas por docentes e alunos na prática educativa (FAMEMA, 2018).

A construção permanente do currículo significa percorrer um processo contínuo de planejamento, avaliação e reflexão, sobre a coerência entre as intenções e as ações. Nesta perspectiva, a capacitação docente torna-se fundamental para alavancar as

mudanças necessárias e desenvolver permanentemente o currículo. Só será possível a transformação curricular se houver mudanças na prática educacional. Sendo assim, os programas de capacitação docente foram criados desde o início do processo de mudança curricular na FAMEMA, mas intensificaram-se na etapa inicial da apropriação e capacitação da metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), com movimento de formação de tutores (FAMEMA, 2018).

Na FAMEMA, a necessidade de mudanças no currículo do ensino médico vem sendo debatida desde a década de 1970. Criada em 1966 e mantida por uma fundação municipal, a FAMEMA passou por diversas crises financeiras. O modelo tradicional de ensino associado a uma baixa incorporação de recursos educacionais e incentivos para a capacitação docente tornava o processo ensino e aprendizagem mais dependente de esforços individuais. Havia entre docentes e alunos intensa insatisfação com o profissional inserido na sociedade após seu processo de formação na FAMEMA, além de um desejo de inovação nas áreas de educação e saúde (FAMEMA, 2018).

Então, o Projeto UNI- Marília, a mudança da direção da Faculdade, cujo programa de gestão contemplava uma proposta de reforma curricular, e o movimento de estadualização, em 1994, foram fatores catalisadores do processo de elaboração dos eixos estruturantes do novo currículo (FAMEMA, 1998).

A estadualização da FAMEMA possibilitou a reorganização administrativa e financeira da Instituição, favorecendo a reforma dos currículos dos cursos de Medicina e Enfermagem (Komastu; Lima; Zanolli; Padilha, 1997). Iniciou-se a organização do Projeto Educacional da FAMEMA, que incorporou como diretrizes a introdução de metodologias ativas de aprendizagem (aprendizagem baseada em problemas para o curso de Medicina e problematização para o curso de Enfermagem), a orientação do currículo à comunidade e precoce inserção dos estudantes nas unidades e serviços de saúde, a articulação das dimensões social, biológica e psicológica e a integração dos ciclos básico e profissionalizante (FAMEMA 1998).

Além disso, outro fator que impulsionou a criação do Projeto Educacional FAMEMA foi um questionário respondido por professores e estudantes da Faculdade, em 1995, que revelou a insatisfação desses com o curso médico e a necessidade de mudanças. A partir desses resultados, disponibilizou-se um grande número de atividades de capacitação para docentes, além da formação de grupos de estudo sobre modelos pedagógicos, desenvolvimento curricular e avaliação (FAMEMA 1996). Os resultados dessas atividades no curso de Medicina foi a elaboração de um programa de

ensino e aprendizagem centrado no estudante, baseado em problemas reais e orientado à comunidade.

O currículo tradicional da FAMEMA, assim como na maioria das escolas médicas brasileiras, apresentava-se dividido no ciclo básico, constituído pelas disciplinas de anatomia, histologia, fisiologia, embriologia, bioquímica, farmacologia, patologia, microbiologia, epidemiologia, ciências sociais, bioestatística, parasitologia e psicologia, e no ciclo profissionalizante, constituído pelas disciplinas de semiologia, clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirúrgica, psiquiatria, políticas de saúde, administração e planejamento em saúde (FAMEMA, 1998).

Havia uma importante fragmentação entre o curso teórico e prático, sendo que as atividades teóricas eram realizadas baseadas em pedagogias transmissivas, a partir do conhecimento do professor para os estudantes, geralmente para grupos de 80 alunos. O programa era predominantemente teórico no ciclo básico e fortemente centrado no hospital, durante o ciclo profissionalizante. Além disso, os coordenadores de departamento eram responsáveis pelos aspectos técnicos e administrativos relacionados ao corpo docente, e possuíam autonomia para decidir sobre conteúdos, atividades e avaliação de disciplinas. Embora o Conselho Departamental era considerado o órgão máximo para as questões de ordem acadêmica, não havia uma gestão centralizada para o desenvolvimento curricular (Padilha, 1996).

Dessa forma, a reforma curricular de 1997 do curso de Medicina da FAMEMA emergiu nesse cenário, onde os fatores determinantes para a mudança foram consequência da articulação de fatores externos e internos, potencializados pelo grupo diretor da Instituição. O novo programa elaborado para o curso de Medicina da FAMEMA envolveu uma proposta para todas as séries, com alteração de conteúdos, integração dos ciclos básico e profissionalizante e inserção precoce dos estudantes na comunidade e nos diferentes serviços de saúde municipais (Lima, 1996). Então, o planejamento curricular passou a ser organizado por um grupo gestor que foi se ampliando de forma progressiva, à medida que o novo currículo contemplava mais séries (FAMEMA, 1996).

Em 1998, um amplo grupo de docentes com grande adesão à reforma curricular e um representante dos estudantes elaboraram a missão do programa médico e as competências desejadas para a formação profissional do aluno. A missão do curso de Medicina da FAMEMA foi definida como:

"desenvolver padrões de excelência na Medicina, na geração e

disseminação do conhecimento científico e nas práticas de intervenção que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde e com o direito das pessoas" (FAMEMA 1999a).

O processo de elaboração do novo projeto educacional da FAMEMA refletiu tanto influências de condições externas como internas. O Programa UNI e a influência de tendências mundiais sobre educação médica podem ser apontados como condições externas que facilitaram as mudanças. Os aspectos organizacionais, tais como a elaboração de um novo estatuto/regimento e a reestruturação administrativo-financeira da Faculdade, e os aspectos políticos e cognitivos também potencializaram a reforma curricular. Como aspecto político, o anseio por mudanças na educação médica por parte significativa dos docentes e pelo grupo diretivo da Faculdade podem ser ressaltados como fatores que impulsionaram o acúmulo de experiências inovadoras para a introdução de metodologias ativas de aprendizagem (FAMEMA, 1998).

Foi então que se consolidou o processo de mudança curricular nos cursos da FAMEMA, sendo o currículo dos cursos de Medicina e Enfermagem organizado de forma integrada e orientado por competência profissional. Além disso, os processos de ensino e aprendizagem passaram a ser desenvolvidos por meio da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e pela Metodologia da Problemática. Neles, ocorre a participação ativa dos alunos, que passam a ser capaz de construir seu próprio conhecimento a partir da vivência nos cenários de prática profissional. Sendo assim, o principal objetivo dos cursos da FAMEMA passa a ser a formação do profissional Médico/a ou Enfermeiro/a generalista, humanista, crítico e reflexivo, qualificando-o para o exercício com base no rigor científico e intelectual, baseado em princípios éticos (FAMEMA, 1996).

Atualmente, após décadas do processo de mudança curricular na FAMEMA, alguns desafios são enfrentados diariamente, como sustentar as mudanças propostas, a articulação efetiva das dimensões biológica, social e psicológica, teoria e prática, educação e trabalho, o movimento de capacitação docente permanente e o desenvolvimento contínuo de uma cultura educacional criativa e inovadora. Diariamente, os sujeitos envolvidos nos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA enfrentam a ruptura de paradigmas, práticas e metodologias transmissivas. Para que se obtenha êxitos em um movimento inovador como o de mudança curricular de uma Escola Médica, é necessário refletir que todo esse processo implica na revisão diária de práticas e atitudes, além da relação com os valores dos educadores e

profissionais de saúde. Mudar o currículo implica mudar cada um de nós, sujeitos ativos nos espaços escolares (FAMEMA, 2018).

### **5.3 O movimento de mudança/reforma curricular do curso de Medicina da FAMEMA**

Para melhor compreensão dos principais pressupostos que nortearam o processo de mudança/reforma curricular no curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), neste momento serão retomados, de forma sintetizada, os principais aspectos da trajetória histórica do curso.

A FAMEMA foi criada como instituto isolado de ensino superior pela Lei Estadual nº 9.236, no ano de 1966, em decorrência de dois fatores principais: as dificuldades de operar um hospital recém-construído e sem perspectivas de iniciar suas atividades, devido à falta de recursos humanos, e da expansão do ensino superior no Brasil, no final dos anos 60 e início dos anos 70 (Padilha, 1996).

Como instituição pública municipal, disponibilizando 60 vagas anuais para cada uma das seis séries do curso de Medicina, foi autorizada em 1967, após a constituição de uma entidade mantenedora, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FUMES), criada pela Lei Municipal nº 1.371, de 22 de dezembro de 1966. A FAMEMA iniciou suas atividades pautada no modelo curricular tradicional, seguindo as diretrizes do Conselho Estadual da Educação, com organização semelhante à das Faculdades de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e da Universidade de São Paulo. O modelo de ensino utilizado era o prevalente na época: centrado no professor, com ênfase na transmissão de conteúdos e na memorização (Padilha, 1996).

A FAMEMA, devido ao modelo de gestão precário adotado desde sua origem — como fundação municipal sem bens, sem fins lucrativos e sem recursos próprios — enfrentava crises financeiras recorrentes, agravadas à medida que ampliava a assistência à população local e regional. O custo hospitalar e os déficits constantes resultaram em diversas greves de docentes e estudantes, que exigiam uma administração profissional. A necessidade de mais recursos levou a instituição, em 1974, a ampliar o número de vagas do curso de Medicina para 80, o que aprofundou as crises financeiras e aumentou a urgência de financiamento compatível com suas demandas (Padilha, 1996).

Em 1980, foi proposta a primeira reforma curricular, cujo objetivo era aproximar os ciclos básico e clínico, por meio de um currículo integrado por sistemas. No entanto,

devido ao pouco envolvimento da comunidade acadêmica, a proposta não foi implantada (Padilha, 1996).

Em 1984, com o reconhecimento do curso de Enfermagem pelo governo federal, a FAMEMA vivenciou uma importante expansão de sua área física. Incentivou-se, também, a qualificação do corpo docente por meio da pós-graduação *stricto sensu*, o que viabilizou o credenciamento da residência médica pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)/Ministério da Educação e Cultura (MEC), nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Psiquiatria. Nesse mesmo período, foi iniciado o Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA), que impulsionou o desenvolvimento de um modelo de ensino mais próximo da comunidade e alinhado às necessidades de saúde da população. Com recursos limitados, essa iniciativa também colaborou com a manutenção financeira da instituição (FAMEMA, 1998).

Essa iniciativa foi pioneira no Brasil ao aproximar a formação de recursos humanos de um sistema de saúde ainda em consolidação, rompendo com antigos paradigmas — como o atendimento voltado a “indigentes” — e promovendo o cuidado a cidadãos, por meio de uma estrutura hospitalar organizada em torno do binômio ensino-assistência (FAMEMA, 1998).

A FAMEMA foi estadualizada por meio da Lei nº 8.898, de 27 de setembro de 1994, tornando-se uma autarquia de regime especial vinculada à Secretaria da Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico. Em 1998, passou a se chamar Fundação Municipal de Assistência à Saúde. Em 2007, o Decreto nº 51.460 do governador José Serra transferiu sua vinculação para a Secretaria de Ensino Superior. Posteriormente, em 2011, o Decreto nº 56.636 do governador Geraldo Alckmin vinculou a FAMEMA à Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia (FAMEMA, 2018).

Considerando o compromisso da comunidade acadêmica com a superação de um modelo pedagógico e assistencial obsoleto, a FAMEMA foi escolhida, em 1992, pela Fundação W. K. Kellogg para receber apoio técnico e financeiro no desenvolvimento de um projeto baseado na articulação entre academia, serviços de saúde e comunidade. O projeto, denominado "Uma Nova Iniciativa (UNI) na formação de profissionais de saúde", fomentou a mudança curricular nos cursos de Medicina e Enfermagem, viabilizando a construção de um novo projeto educacional (FAMEMA, 1999a).

O Programa UNI tinha como propósito o desenvolvimento integrado de modelos pedagógicos inovadores na educação e na atenção à saúde, bem como a formação de

lideranças. Com a estadualização e o ingresso no Projeto UNI, a FAMEMA avançou na construção de um novo modelo pedagógico e na definição do perfil dos egressos (FAMEMA, 1999a).

Em 1995, foi desenvolvido um Projeto Acadêmico com base em quatro eixos: desenvolvimento curricular, modelo pedagógico, apoio e avaliação. Foram realizadas capacitações com assessores externos, oficinas de trabalho, seminários, fóruns e uma visita à Universidade de McMaster (FAMEMA, 1999a). No curso de Medicina, criou-se um grupo de estudos sobre Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) com nove docentes. Também ocorreram visitas de assessores de McMaster e reestruturações curriculares em áreas como propedêutica médica, ética médica e cirurgia experimental.

Na estrutura de apoio, houve reorganização e informatização da biblioteca, implantação do Laboratório de Informática (finalizado em 1996), organização do Laboratório de Simulação, do Núcleo de Apoio aos Discentes (NUADI) e do Núcleo de Línguas. A FAMEMA passou a integrar o CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico) e o CEDEM (Colegiado Estadual das Escolas Médicas) (FAMEMA, 1999a).

Com muitas atividades em andamento, 1996 foi um ano de consolidação das estratégias de mudança. Em 1997, iniciou-se a primeira turma do curso de Medicina com o novo projeto educacional.

Esse conjunto de ações foi viabilizado tanto por fatores internos quanto pelas políticas públicas de saúde e de formação profissional implementadas após a Constituição de 1988, as quais exigiam mudanças na organização curricular, na metodologia de ensino-aprendizagem e no enfoque das questões de saúde. A FAMEMA conseguiu, assim, estruturar e implementar seus novos projetos educacionais para os cursos de Medicina e Enfermagem (FAMEMA, 1999).

O acúmulo de conhecimentos promovido pelas ações do Projeto UNI permitiu a formulação do Projeto FAMEMA 2000 (FAMEMA, 1999). Com base em referenciais filosóficos, psicológicos e socioculturais, o projeto propôs um currículo baseado em objetivos educacionais claros e no desenvolvimento de competências, com foco na certificação do exercício profissional.

Assim, o currículo do curso de Medicina passou a ser centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade. A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) tornou-se o principal instrumento pedagógico, por favorecer a construção ativa do conhecimento, considerando os saberes prévios do estudante e os

problemas de saúde-doença como elemento central de mobilização. O novo desenho curricular superou o modelo biomédico tradicional ao integrar dimensões psicológicas e sociais, promovendo a compreensão do processo saúde-doença e estimulando a formulação de planos de cuidado mais abrangentes (FAMEMA, 1999a).

A orientação à comunidade refere-se não somente à utilização dos problemas prevalentes e relevantes como base para a aprendizagem dos alunos, mas também à parceria da escola com a sociedade na busca da resolução dos problemas de saúde e da melhoria do cuidado ofertado a essa comunidade. O constante processo avaliativo, ao qual as inovações introduzidas vêm sendo submetidas, tem permitido um desenvolvimento curricular permanente (FAMEMA, 1999a). Em seguida, o Projeto FAMEMA século XXI representou todas as conquistas acumuladas nos Projetos UNI e FAMEMA 2000 e da participação no Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares – PROMED, além dos avanços originados da autorreflexão e da busca dos novos conhecimentos para a superação das fragilidades encontradas (FAMEMA, 2008).

#### 5.4 A construção do Currículo integrado

Foi constituído, então, o currículo integrado, orientado e fundamentado em competência profissional, centrado no aluno de acordo com os princípios de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. A definição e a utilização de competência profissional para a formação na área da saúde estão em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, favorecendo a integração entre a prática e a teoria e entre os mundos do trabalho e da academia. Além disso, representa uma proposta de formação profissional compromissada com as necessidades da nossa sociedade, que necessitam de profissionais com uma prática integral, ética, crítica, criativa, em equipe e de aprendizado permanente (FAMEMA, 2018).

Outras competências preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, também chamadas de competências gerais, estão listadas a seguir:

- **Atenção à saúde** : Os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações voltadas para prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto nos âmbitos individuais quanto coletivo. Esses profissionais devem assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais esferas do sistema de saúde, ofertando serviços de alta qualidade;

- **Tomada de decisões:** As práticas dos profissionais de saúde devem estar fundamentada na capacidade de tomada de decisões, visando o uso apropriado, a eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para isso, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;
- **Comunicação:** os profissionais que atuam no sistema de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação deve envolver a comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura, além do domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança:** no trabalho multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, levando em conta o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a fazer o gestão e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender de forma contínua, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre todos os profissionais do sistema (Brasil, 2014).

Esta proposta de currículo está pautada no conceito de integralidade do cuidado, que busca a solução de problemas de saúde por meio de uma educação transformadora, crítica e reflexiva, na qual a aprendizagem significativa sustenta esta proposta, estimulando a produção de conhecimento, promovendo a reflexão sobre a prática e, conseqüentemente, sua transformação. A orientação curricular centrada na perspectiva dialética teoria-prática torna-se um eixo integrador que, numa perspectiva democrática, procura modelar sua própria prática, incluindo a crítica e o entendimento do currículo como um objeto social (Sacristán, 2000). Torres Santomé (1997) compreende o currículo integrado como a organização dos conteúdos de forma interdisciplinar. As metodologias propostas são baseadas na investigação cooperativa, relacionando o

currículo escolar à realidade, devendo ficar explícita para os alunos a relação entre os conteúdos trabalhados nas instituições escolares e sua validade para a compreensão e intervenções na sociedade. Alarcão (2001) enfatiza a importância de mudanças de atitudes de alunos e de professores frente à aprendizagem, ocasionando o afastamento de uma pedagogia da dependência para uma pedagogia da autonomia.

O professor também adota uma postura reflexiva, desenvolvendo espírito crítico e utilizando o diálogo no confronto de ideias e de práticas. A concepção transformadora de um currículo depende também de um processo de mudança estrutural na instituição, por parte de professores e de alunos, pois o sistema educacional, caracterizado por uma série de hábitos e práticas, favorece sua implementação para além do planejado. No currículo integrado, a educação parte do mundo do trabalho, buscando, então, a construção da prática profissional de forma reflexiva, com o objetivo de articular a formação ao trabalho, construindo significado ao fazer do médico (FAMEMA, 2018).

Para Deluiz (2001), o conceito de competência começou a ser utilizado na Europa a partir dos anos 80 e envolve diferentes acepções e abordagens. Perrenoud (1999a) afirma que não existe uma definição única de competência. A palavra tem muitos significados, e cada instituição ou meio profissional deve procurar identificar o significado mais apropriado e aceito por todos. Ele define competência como “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (Perrenoud, 1999b). Zarifian (1999) entende que competência é caracterizada como “a tomada de iniciativa e de responsabilidade assumida com sucesso por um indivíduo ou por um grupo diante de uma situação profissional”. Considera também que as competências são transversais, ou seja, acompanham o sujeito durante sua formação em diversas situações vividas por ele.

Na perspectiva educacional, a aprendizagem é orientada para a ação, e a avaliação da competência é baseada nos resultados observáveis, denominados desempenhos que, por sua vez, compõem-se de atributos (habilidades e capacidades) que se desenvolverão ao longo das séries do curso. Para o desenvolvimento desses atributos, são designadas tarefas, que poderão acompanhar o desenvolvimento da formação, exigindo graus crescentes de autonomia dos alunos. Como se percebe, essas aproximações proporcionam a todos o entendimento de que competência não é algo que se observa diretamente, porém que se confirma pelo desempenho, como a realização das tarefas essenciais, fundamentadas por atributos qualificados (FAMEMA, 2018).

Para Lima (2005), a literatura verifica três principais abordagens sobre competência: uma considera competência como uma coleção de atributos pessoais; outra como função dos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais aplicados em contextos específicos para atingir determinados resultados.

A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, tarefas essenciais e características de uma determinada prática profissional. Portanto, considera-se competência profissional a capacidade de mobilizar articuladamente diferentes recursos (cognitivos, afetivos, psicomotores) que permitam abordar/resolver situações complexas referentes à prática profissional (FAMEMA, 1996).

O currículo do curso de Medicina da FAMEMA está em permanente transformação, para que seja possível o contínuo processo de construção coletiva e democrática, atrelada às demandas da sociedade. De forma geral, os alunos dos anos iniciais do curso de Medicina da FAMEMA são egressos do Ensino Tradicional, onde o ensino é centrado no professor. Ele é responsável pela escolha do problema/tema, da forma de apresentação, que geralmente é realizada por transmissão oral (aula expositiva), selecionando aquilo que é importante ou não e a forma de avaliação, sendo o aluno um sujeito com participação passiva em todo o processo de ensino e aprendizagem.

Desta forma, o currículo do curso de Medicina da FAMEMA está organizado para formar egressos com habilidade de “aprender a aprender” e cuidar das necessidades das pessoas, na perspectiva da integralidade do cuidado (FAMEMA, 1998).

Os princípios que nortearam a reforma curricular do curso de Medicina da FAMEMA foram a Aprendizagem Baseada em Problemas, sendo o aluno o centro do processo de ensino e aprendizagem, a orientação do currículo para a comunidade e a articulação das dimensões psicológica, biológica e social (Komatsu, 1997). Então, o currículo passou a ser estruturado a partir de Unidades Educacionais, inicialmente organizados em sistemas orgânicos, na 1ª e 2ª séries da graduação, seguidas por unidades organizadas a partir dos ciclos de vida na 3ª série e Unidades de apresentações clínicas na 3ª e 4ª séries, sendo essas Unidades coordenadas por médicos especialistas das respectivas áreas (FAMEMA, 1998).

### 5.5 Aspectos gerais do atual currículo do curso de Medicina

A estrutura curricular dos cursos de graduação da FAMEMA é anual e organizada por séries, com as seguintes unidades educacionais: Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES) e Unidade Educacional Eletiva (UEE), a partir da segunda série (FAMEMA, 2025).

Na primeira e na segunda série, essas unidades são comuns aos dois cursos (Medicina e Enfermagem). A partir da terceira série, os cursos de Medicina e Enfermagem se separam, permitindo que desenvolvam suas especificidades e considerando os anos letivos de cada curso (FAMEMA, 2025). O propósito da Unidade de Prática Profissional (UPP) e da Unidade Educacional Sistematizada (UES) é promover o desenvolvimento de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores que possam ser mobilizados e integrados para a realização de tarefas. Estas visam a identificação de necessidades de saúde do indivíduo, da família e do coletivo, ao conhecimento da organização e gestão do trabalho em saúde e ao desenvolvimento de competência profissional em vigilância à saúde (promoção, prevenção, cura, recuperação e reabilitação). Em um esforço de articulação da Unidade de Prática Profissional (UPP), Laboratório de Prática Profissional (LPP) e Unidade Educacional Sistematizada (UES), as tarefas realizadas no cenário de prática também podem ser discutidas na Unidade Educacional Sistematizada (UES), proporcionando reflexão teórica que subsidia a Unidade de Prática Profissional (UPP) e o Laboratório de Prática Profissional (LPP) (FAMEMA, 2025).

Na Unidade de Prática Profissional (UPP), a cada atividade (confronto experiencial), problematizam-se as necessidades de saúde da pessoa/família, formulam-se os problemas de saúde e elabora-se um plano de cuidado. A essas práticas alternam-se momentos de discussão, com o grupo todo, nos quais cada dupla de estudantes elege uma ou mais situações a serem apresentadas. A partir da leitura e esclarecimento, problematizam-se as situações, visando à solução dos problemas de saúde apresentados. Definidas as lacunas de conhecimento, elaboram-se as questões de aprendizagem. Esse momento é denominado "síntese provisória".

Em seguida, os estudantes buscam e analisam as informações em diversas fontes para responder às questões formuladas (momento de busca e estudo individual), buscando o entendimento/solução dos problemas formulados. A seguir, em grupo, realiza-se a socialização das informações encontradas, elaborando-se a "nova síntese", sendo que os novos conhecimentos são aplicados no cenário de prática. Finalizando o

ciclo, procede-se à avaliação oral (autoavaliação, do grupo, dos professores e do ciclo). A Unidade de Prática Profissional (UPP) se desenvolve nas primeiras duas séries em Unidades de Saúde da Família, com enfoque na atenção primária e no modelo de vigilância à saúde (FAMEMA, 2025).

Desde a primeira série, os alunos desenvolvem atividades no Laboratório de Prática Profissional (LPP), cenário simulado que proporciona aprendizagem sistematizada em um ambiente protegido. As atividades são previamente estruturadas pelos docentes, e utilizam-se pacientes simulados para que o estudante possa construir suas capacidades em um ambiente protegido dos possíveis e inerentes erros do processo de aprendizagem (FAMEMA, 2025). A utilização de manequins/bonecos e de pacientes simulados (atores, monitores e os próprios estudantes, de forma consentida) garante o desenvolvimento de recursos cognitivos, psicomotores e afetivos, segundo uma concepção ética do processo ensino-aprendizagem, propiciando a aprendizagem significativa.

Nesse contexto, busca-se oferecer situações com cenários e pacientes o mais próximo possível da realidade que o estudante vivencia na Unidade de Prática Profissional (UPP). Na terceira série, as atividades se desenvolvem no cenário hospitalar e ocorrem nas enfermarias de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínicas Médica e Cirúrgica e Psiquiatria. A mudança de cenário de prática proporciona melhor percepção do acesso e mobilidade no Sistema Único de Saúde, vivenciando a complexa trama: atenção básica (primária) e hospitalar (secundária e terciária). Na quarta série, a Unidade de Prática Profissional (UPP) e o Laboratório de Prática Profissional (LPP) se desenvolvem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Ambulatórios de Saúde da Criança, do Adulto e da Mulher, enfocando a integralidade do cuidado na atenção primária e secundária, possibilitando ao estudante desenvolver um olhar crítico e reflexivo quanto à proposta, organização, resolutividade e fragilidade do SUS e ainda sobre a prática nas relações com o outro, equipe e comunidade (FAMEMA, 2025).

O desenvolvimento de atividades em cenários reais implica tanto na aprendizagem quanto no cuidado efetivo e integral da pessoa. Não é exclusivamente uma relação de aprendizagem do estudante, na qual o paciente é um mero objeto para o desenvolvimento de capacidades. É uma relação com vínculo e responsabilização, para com os pacientes e equipe de saúde, tal como ocorre na vida real (FAMEMA, 2018).

Na Unidade Educacional Sistematizada (UES), o estímulo para a aprendizagem advém da representação da realidade, por meio de um problema de papel (caso clínico),

previamente elaborado pela equipe de construção da série, a partir de situações reais vindas dos cenários de prática profissional. Abordando a morbidade prevalente para o desenvolvimento desta proposta, a Unidade Educacional Sistematizada (UES) utiliza a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). A atividade ocorre em pequenos grupos, em sessões de tutoria, onde o caso clínico é utilizado como disparador à busca de saberes (conhecimentos, valores, representações, experiências) e compreensão de conceitos (FAMEMA, 2025).

Este estudo permite a exploração integrada de conteúdos de diversas disciplinas, articulando aspectos das dimensões social, psicológica e biológica. O processo de aprendizagem ocorre, fundamentalmente, a partir da ativação dos saberes prévios do estudante, da identificação de suas necessidades de aprendizagem e pelo desenvolvimento da capacidade de criticar antigos e novos conhecimentos, construindo novos saberes que possam ser aplicados a outras situações. Na ABP, nenhuma exposição formal prévia de informação é dada pelo programa do curso e é realizada uma sequência de passos que é aconselhada frente aos problemas educacionais (FAMEMA, 2025).

Na UEE, o estudante tem a oportunidade de participar ativamente da construção curricular, escolhendo seu local de preferência, optando e definindo áreas de interesse de atuação, de fragilidade ou que requerem aprofundamento de conhecimento, além de desenvolver habilidades e atitudes. A semana típica do estudante de Medicina, nas três primeiras séries, é composta por três períodos para Unidade Educacional Sistematizada (UES) e três períodos para a Unidade de Prática Profissional (UPP) (FAMEMA, 2025).

A Unidade Educacional Sistematizada (UES) tem também atividades em laboratórios de aprendizagem para atividades de experimentação prática. Na quarta série, a semana típica é composta por seis períodos na Unidade de Prática Profissional (UPP) e um período para UES. O objetivo é o desenvolvimento da Competência Profissional. As tarefas propostas buscam a consolidação e aplicação dos recursos já adquiridos em diferentes cenários e situações, bem como o desenvolvimento daqueles necessários a uma boa prática profissional. O restante do tempo que integraliza a grade horária de 40 horas semanais é computado como tempo para o estudo autodirigido para que o estudante possa dedicar-se à busca de informações, estudo, pesquisa e preparação do material necessário ao seu desempenho nas atividades em grupo e sua autoaprendizagem (FAMEMA, 2018).

Neste programa, o estudante desenvolve novas habilidades e atitudes para enfrentar os desafios da sua área de formação e ampliar sua capacidade de resposta frente às necessidades da sociedade. Requer, para tanto, uma postura ativa na construção do conhecimento, habilidades e atitudes necessárias ao enfrentamento dos problemas relativos ao exercício profissional com um elevado grau de compromisso social. Frente à situação emergencial da pandemia causada pelo Sars Cov-2, a grade curricular da quarta série do Curso de Medicina foi reorganizada para o momento de excepcionalidade atendendo às deliberações do Conselho Estadual de Educação 177/2020 e 185/2020 (FAMEMA, 2025).

Na quinta e sexta séries, as atividades estão divididas em estágios integrados com carga horária em regime de internato. A proposta é trazer as diretrizes curriculares nacionais para a realidade, levando-se em conta os diversos serviços de saúde, o trabalho em equipe e o tratamento humanizado. A avaliação do estudante é realizada por meio de uma composição de documentos (formatos e instrumentos) que possibilitam a observação e análise do desempenho deste nas atividades de ensino-aprendizagem e o grau de alcance em relação aos objetivos educacionais e de aprendizagem. Embora possam utilizar diversas fontes, os docentes são responsáveis pela realização das avaliações dos estudantes. A avaliação é referenciada por critérios que originam os conceitos de satisfatório e insatisfatório. Os critérios representam o grau de domínio que o estudante deve apresentar em relação a um determinado desempenho esperado (FAMEMA, 2025).

Assim, o estudante com conceito satisfatório apresenta domínio e autonomia compatíveis com o desempenho esperado para a série, segundo os atributos cognitivos, psicomotores e afetivos/atitudinais. Isto significa que o estudante deve ser satisfatório em 100% das atividades para obter progressão dentro da sua graduação. Se não atingir tal percentual, o estudante recebe conceito insatisfatório naquele instrumento de avaliação e deve cumprir plano(s) de recuperação e ser reavaliado em uma nova oportunidade visando a atingir o domínio do desempenho em questão e, portanto, alcançar o conceito satisfatório. Cada tipo de avaliação permite duas chances de recuperação (FAMEMA, 2025).

O estudante que recebeu conceito satisfatório em quaisquer dos instrumentos e formatos de avaliação apresentou domínio da totalidade dos desempenhos observados, avaliados e esperados. Equivale dizer que não há escala de valores: deve ser zero ou dez (FAMEMA, 2025).

## 5.6 Organização geral da 1ª série do curso de Medicina

A primeira série do curso de Medicina está organizada em duas unidades educacionais: a Unidade de Prática Profissional (UPP), com carga horária de 546 horas, a Unidade Educacional Sistematizada (UES), com carga horária de 546 horas e a Atividade de Extensão e Complementares com 96 horas, totalizando 1188 horas (FAMEMA, 2025).

Em relação as atividades semanais, existe a semana padrão, que compreende dois períodos para a realização da tutoria, um para conferência, três para atividades da UPP e um para Extensão (FAMEMA, 2025).

A figura 69, a seguir, ilustra a semana padrão do curso de Medicina da FAMEMA.

Figura 69: Representação da semana padrão do curso de Medicina da FAMEMA

|       | 2ª feira                          | 3ª feira    | 4ª feira                        | 5ª feira                          | 6ª feira                        | Sábado |
|-------|-----------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------|
| Manhã | Unidade Educacional Sistematizada | Conferência | *                               | Unidade Educacional Sistematizada | Unidade de Prática Profissional | *      |
| Tarde | Unidade de Prática Profissional   | *           | Unidade de Prática Profissional | *                                 | Atividade de Extensão           |        |

*\*Tempo pró-estudo que também pode ser utilizado para realização de atividades práticas de laboratório e outras atividades didáticas.*

Fonte: FAMEMA, 1998

As atividades da UPP são realizadas em grupos constituídos por alunos dos dois cursos, Medicina e Enfermagem. Cada grupo é composto por oito estudantes de Medicina e quatro estudantes de Enfermagem, e as atividades ocorrem em três períodos semanais, sob a mediação de um professor. A UPP ocorre em dois cenários de aprendizagem: o cenário real, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e o simulado, no

Laboratório de Prática Profissional (LPP) e no Apoio a Prática Profissional (APP) (FAMEMA, 2025).

As atividades da Unidade Educacional Sistematizada (UES) são realizadas em grupos de tutoria, e sempre que necessário, o aluno tem a opção de complementar o aprendizado com consultorias, realizada com professores especialistas em temáticas específicas, conferências e atividades práticas em laboratórios. Cada grupo de tutoria é formado por cerca de oito estudantes e um professor (tutor). As tutorias ocorrem em dois dias da semana, com duração de três horas, das 9 às 12 horas, na UES (FAMEMA, 2025).

As conferências da UES ocorrem uma vez por semana, com o intuito de ampliar a visão do estudante sobre as atribuições do profissional de saúde, além de promover a articulação entre a UES/UPP e as dimensões biopsicossociais para o cuidado em saúde. A opção da consultoria é um recurso que auxilia o aluno em caso de dúvidas persistentes, após amplas discussões dos conteúdos nos espaços de tutoria e/ou UPP (FAMEMA, 2025).

A avaliação do aluno na UPP e na UES é realizada a partir do seu desempenho, considerando a articulação dos recursos cognitivo, psicomotor e afetivo, atribuindo os conceitos satisfatório (S) ou insatisfatório (I). Quando o aluno é considerado insatisfatório, o mesmo possui duas oportunidades de recuperar o desempenho esperado para a aquela série (FAMEMA, 2025).

A FAMEMA adotou, a partir do processo de mudança curricular, diferentes referenciais teóricos para sustentar os aspectos didáticos pedagógicos trabalhados em seus diferentes espaços educacionais. Em consonância com os princípios do SUS, em específico o da Integralidade do cuidado, a FAMEMA estabeleceu princípios, condutas e conteúdos relacionados a integralidade do cuidado, a partir das necessidades de saúde individuais de cada cidadão. Entre esses aspectos, estão:

- Modelos e princípios éticos e bioéticos nas relações humanas;
- Relação entre o profissional de saúde e o paciente;
- Confidencialidade das informações e privacidade;
- Comunicação verbal e não verbal;
- Acolhimento;
- Conceito de necessidades de saúde e plano de cuidados;

- Aparelho psíquico e funcionamento mental;
- Os processos primário e secundário do pensamento (princípio do prazer e de realidade);
- Composição do aparelho psíquico (id, ego, superego e suas funções);
- Desenvolvimento psicosssexual da personalidade;
- Características biopsicossociais da adolescência;
- Mecanismos de defesa do ego;
- Introdução às ciências morfológicas: fundamentos gerais de anatomia e histologia humanas,
- planos e eixos corporais, métodos para o estudo das células e dos tecidos;
- Necessidade energética diária das pessoas nas diferentes situações de vida;
- Caracterização dos macro e micronutrientes (origem, transformação e destino metabólico);
- Mecanismos de controle da fome, apetite e saciedade;
- Tecido adiposo e sua inter-relação com o metabolismo de lipídeos;
- Plasma sanguíneo, elementos figurados e funções dos hemocomponentes;
- Mecanismos neuronais de controle da PA;
- Bases farmacológicas e bioquímicas da função endotelial;
- Farmacodinâmica e farmacocinética;
- Automedicação;
- Mecanismos de respostas imunológicas inespecíficas/inata e específicas/adquirida em
- resposta a diferentes agressores;
- Relação hospedeiro/agente agressor, considerando os mecanismos psicológicos,
- neuroendócrinos, imunológicos, bioquímicos;
- Mecanismos fisiopatológicos envolvidos nos processos inflamatórios e infecciosos;
- Ciclo celular normal: fases, regulação e fatores de desregulação;
- Bases genéticas e moleculares que contribuem para crescimento celular tumoral, manutenção da integridade estrutural e funcional da célula, morte celular programada (apoptose);
- Anatomia topográfica e embriologia da coluna e medula espinhal;

- Anatomia topográfica dos membros inferiores e superiores, reconhecendo os grandes grupos musculares esqueléticos, as principais artérias, nervos, ossos e articulações;
- Tecido muscular e caracterização ultraestrutural das fibras musculares estriadas esqueléticas;
- Mecanismos bioquímicos envolvidos na obtenção de energia pelas fibras brancas e vermelhas
- do músculo estriado esquelético;
- Mecanismo de contração e relaxamento muscular;
- Organização histológica e neuroanatomia funcional do SNC e SNP;
- Tecido ósseo e mecanismos da reparação óssea;
- Introdução às características gerais dos microorganismos;
- Pele e mucosas como sistema de defesa do organismo, microbiota e função das diferentes camadas;
- Histologia da pele e anexos, com ênfase nos tecidos epitelial de revestimento e conjuntivo propriamente dito;
- Isquemia e morte celular, reparação e cicatrização tecidual da pele;
- Neurobiologia da dor;
- Mecanismos da febre, suas manifestações clínicas e o papel que esta exerce no organismo;
- Introdução à anatomia, histologia e fisiologia do sistema cardiovascular;
- Estrutura e função do sistema circulatório linfático;
- Fases do ciclo sexual da mulher;
- Desenvolvimento embrionário da 1ª a 4ª semana, com ênfase na formação das três camadas germinativas;
- Estrutura e função dos anexos embrionários;
- Desenvolvimento pré-natal de maneira global e protocolo de pré-natal;
- Desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida;
- Aleitamento materno e vínculo mãe-bebe;
- Consequências do desmame precoce;
- Princípio da autonomia aplicado ao idoso e ao adolescente;
- História Clínica;
- Avaliação do estado mental;

- Inspeção geral (aparência geral, postura, fâcies, mucosas oral e ocular, pele, tela subcutânea, movimentos voluntários e involuntários, marcha e biotipo);
- Avaliação nutricional (adulto: IMC e cintura abdominal; criança: desenvolvimento ponderoestatural e perímetro cefálico);
- Verificação sinais vitais (PA; pulso, temperatura e frequência respiratória);
- Administração de medicação via oral, tópica e inalatória;
- Fluxo de notificação compulsória de doenças (FAMEMA, 2025).

A análise dos aspectos destacados no plano de ensino do curso de Medicina da FAMEMA permite a compreensão de que, considerando as necessidades de saúde individuais de cada cidadão, os alunos possuem todas as ofertas necessárias para contemplar essas necessidades, uma vez que os aspectos em questão percorrem desde a conceitos de disciplinas básicas, até técnicas de comunicação e relacionamento humano. O aluno, ao se apropriar desses aspectos, constrói, no decorrer do curso, seu perfil crítico, humanístico, reflexivo e resolutivo, de acordo com o que preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Em relação aos princípios, condutas e conteúdo da área de integralidade do cuidado a partir das necessidades coletivas, preconiza-se os seguintes aspectos:

- Trabalho em grupo;
- Compreensão do conceito de representação social relacionado à vacinação para conduta ética;
- Políticas Públicas de Saúde;
- Conceito de rede social e vínculo no processo de saúde;
- Conceitos epidemiológicos básicos: epidemia, incidência, prevalência, vigilância epidemiológica (notificação e investigação do caso);
- Fluxo de notificação compulsória de doenças;
- Epidemiologia clínica e descritiva (compreensão do diagnóstico coletivo em saúde);
- Conceito de necessidades de saúde e plano de cuidados;
- Princípios de biossegurança (de acordo com a Norma de Regulamentação vigente – NR 32): lavagem de mãos, princípios de assepsia e antisepsia, calçar luvas (FAMEMA, 2025).

Como observado, os aspectos que visam contemplar as necessidades de saúde coletiva da população contemplam necessidades e aquisições dos alunos na construção do seu futuro perfil profissional, principalmente em sua atuação nos cenários de atenção básica.

### **5.7 Unidade Prática Profissional (UPP)**

A UPP, um dos cenários de atuação dos alunos do curso de Medicina, tem como principal característica a inserção do estudante em cenários de prática real – Estratégia de Saúde da Família (ESF) – e prática simulada – Laboratório de Prática Profissional (LPP) e Apoio da Prática Profissional (APP), possibilitando a vivência do trabalho em equipe multiprofissional e a aprendizagem a partir da ação, pela atenção e cuidado integral à saúde da pessoa, considerando a realidade social e o contexto familiar e comunitário (FAMEMA, 2025).

Os alunos atuam nas áreas do cuidado individual e coletivo, aproximando-se da organização e gestão do trabalho em saúde. Para isso, desenvolvem e mobilizam recursos cognitivos, afetivos e psicomotores por meio de ações baseadas na identificação das necessidades de saúde da população, formulação do problema da pessoa ou de grupos, elaboração, execução e avaliação do plano de cuidados, além da organização do trabalho de acordo com o grau de autonomia e domínio esperado para a série, bem como o desenvolvimento do raciocínio científico. Na prática, a UPP é desenvolvida em 10 grupos de estudantes dos cursos de Enfermagem e Medicina, acompanhados por um professor mediador da FAMEMA (FAMEMA, 2025).

### **5.8 Cenário real de prática**

No cenário real, os alunos trabalham em duplas ou trios, preferencialmente, com representantes do curso de Enfermagem e de Medicina. Inicialmente, os alunos realizam o reconhecimento da situação de saúde do território, por meio de coleta, organização e avaliação de dados-relatório do e-SUS, para que, com o diagnóstico de saúde, as duplas possam realizar o acompanhamento das famílias previamente selecionadas em conjunto com a equipe, considerando o perfil epidemiológico. Assim, devem estabelecer vínculo e responsabilização para com elas (FAMEMA, 2025).

Ao final de cada atividade realizada pelos alunos, os mesmos socializam suas vivências junto ao grupo de UPP, preservando os princípios éticos e de sigilo. Após esta etapa, os alunos realizam a avaliação do seu próprio desempenho, do grupo e do

professor mediador (FAMEMA, 2021). Como disparadores de aprendizagem, é possível a utilização de recursos que remetem a prática profissional, como filmes, situações-problemas, notícias veiculadas na imprensa e redes sociais, entrevistas, simulações, entre outros (FAMEMA, 2025).

### **5.9 Cenário Simulado- Laboratório de Prática Profissional 1 (LPP 1)**

O cenário do LPP1 é um espaço de ensino e aprendizagem voltado para o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, afetivas e cognitivas. A atividade consiste na coleta de dados, identificação de necessidades de saúde, formulação dos problemas e planejamento do cuidado. Trata-se de um ambiente protegido em que o paciente simulado (ator ou atriz) representa uma história, abordando a dimensão individual e coletiva da pessoa, além da organização e gestão do trabalho em saúde, a partir dos princípios da comunicação e ética (FAMEMA, 2024).

O caso simulado é atendido pelos alunos individualmente, na primeira hora da atividade de laboratório. No momento subsequente, os professores que acompanharam a atividade, em conjunto com os estudantes do grupo de UPP, devem discutir a situação representada, identificar lacunas e construir as questões de aprendizagem. Os estudantes realizam a busca de informação de forma individual e, na semana seguinte, ocorre o compartilhamento das respostas às questões de aprendizagem e o conhecimento é construído coletivamente (FAMEMA, 2024).

### **5.10 Cenário Simulado- Apoio a Prática Profissional 1 (APP1)**

O APP1 consiste em uma atividade que possui como objetivo desenvolver habilidades psicomotoras para alguns procedimentos realizados na 1ª série, mediada e facilitada por professores específicos. São discutidos temas pertinentes ao desenvolvimento da UPP1, em dois subgrupos, que se alternarão entre as atividades do APP1 e do cenário real, ou seja, enquanto um subgrupo está no APP1, o outro estará com os professores da UPP1. No primeiro encontro de cada tema os alunos realizam a problematização da vivência da prática profissional e constroem as questões de aprendizagem a serem trabalhadas nos próximos encontros, juntamente com o desenvolvimento das habilidades psicomotoras (FAMEMA, 2024).

De forma geral, é possível perceber que a organização estrutural da 1ª série do curso de Medicina, após a implantação do novo currículo integrado, se estrutura na

integração das grandes áreas do conhecimento, atreladas a questões voltadas para aspectos psicossociais, vertentes indispensáveis nos novos modelos de atenção à saúde.

Além disso, considerando o aluno ingressante no curso de Medicina e sua trajetória acadêmica pautada em pedagogias transmissivas, além da pluralidade de culturas dos diferentes alunos, é possível perceber a preocupação do currículo em inserir o aluno de forma precoce nos serviços, utilizando estratégias pautadas nos pressupostos da aprendizagem significativa, visando ofertar ao aluno experiências com os diferentes grupos sociais já nos anos iniciais, para que seja possível a construção do perfil profissional preconizado pelas DCN's, além de se tratar de uma forma de desconstruir o perfil passivo construído nos alunos a partir de suas vivências acadêmicas anteriores (FAMEMA, 2025).

### **5.11 Organização geral da 2ª série do curso de Medicina**

Desde 2003, a FAMEMA fez a opção por um currículo integrado, orientado pela abordagem dialógica de competência para a formação do profissional generalista, em seus Cursos de Medicina e Enfermagem. São utilizadas como estratégias pedagógicas os princípios das Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem, com a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) na Unidade Educacional Sistematizada (UES) e a Metodologia da Problemática na Unidade de Prática Profissional (UPP) (FAMEMA, 2025).

De forma geral, a segunda série dos Cursos de Medicina busca dar continuidade à construção do conhecimento nas seguintes áreas de competência: cuidado às necessidades individuais em todas as fases do ciclo de vida; cuidado às necessidades coletivas em saúde; organização e gestão dos processos de trabalho em saúde; e iniciação científica. Para isso, sua estrutura é pautada na lógica da vigilância em saúde, com ênfase na atenção primária, já iniciados na primeira série. Ao inserir o aluno nos cenários reais, busca-se o desenvolvimento de competências ancoradas nos quatro pilares da Educação: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver; e aprender a ser (Delors, 2010).

As Unidades que compõe a segunda série (UPP, LPP, APP) seguem os pressupostos curriculares iniciados na primeira série. Em relação aos conteúdos a serem desenvolvidos em relação ao Cuidado Individual, eles contemplam as áreas de Anatomia, Fisiologia, Embriologia, Ginecologia, Obstetrícia, Farmacologia, Técnicas De Comunicação, Morte e Luto, Parasitologia, Anamnese e Exame Físico. Já no âmbito

coletivo, eles contemplam aspectos socioambientais, epidemiologia de doenças dos diferentes sistemas do corpo humano, vigilância epidemiológica, ética profissional, protocolos de acolhimento e classificação de risco, planejamento em saúde e gestão do cuidado (FAMEMA, 2024).

### 5.11.1 A UPP e o Ciclo Pedagógico

A partir do ano de 2003, adotou-se o ciclo pedagógico como movimento do processo de ensino e aprendizagem na FAMEMA no cenário da UPP (FAMEMA, 2014; Lima, 2001; Zanolli, 2004). Esse se estrutura na teoria sociointeracionista que destaca a mediação do processo, direcionando a construção da aprendizagem na interação entre o sujeito que aprende e o objeto da aprendizagem. A teoria construtivista operacionaliza esses conceitos por meio da articulação dos conteúdos, da cultura e do que ocorre nos contextos, produzindo aprendizagem significativa (Ramos, 2003).

O ciclo pedagógico, orientado pelo professor, deve seguir os seguintes momentos:

**Vivência da Prática:** momento em que o aluno, com seus próprios conhecimentos, atitudes e habilidades relaciona-se com o objeto de sua aprendizagem, ou seja, situações reais nos diversos cenários de prática profissional e simulada, que funcionarão como disparador de uma discussão que configurará os momentos do ciclo pedagógico;

**Síntese Provisória:** trata-se do momento de problematização para que os alunos reflitam sobre a narrativa reflexiva ou outros disparadores propostos, identificando seus problemas e suas hipóteses, a partir dos seus conhecimentos prévios.

**Busca Qualificada de Informações:** cada aluno faz sua pesquisa norteada pelas questões de aprendizagem, articulando os conteúdos pesquisados com os problemas e hipóteses, o que permite a construção de sua síntese individual, fundamentando a sua prática profissional.

**Nova Síntese:** Momento em que se realiza o debate das diversas fontes pesquisadas, confrontando as ideias dos autores. Nesse momento, os alunos retomam o(s) problema(s) e as hipóteses identificadas, por meio dos novos conhecimentos construídos, buscando reconstruir a prática por meio da reafirmação ou reconstrução das hipóteses e da elaboração de resoluções para os problemas selecionados, configurando o movimento ativo de ação-reflexãoação.

**Avaliação:** ao final de cada momento, os alunos e o professor facilitador avaliam o

processo ensino e aprendizagem, o grupo, o facilitador e faz autoavaliação (FAMEMA, 2024).

Na prática, os passos do ciclo pedagógico ocorrem de forma síncrona e sistematizada. A partir da leitura e esclarecimento dos termos e conceitos desconhecidos, problematizam-se as situações, com base nos pressupostos da clínica ampliada e nas necessidades de saúde.

A problematização das situações relatadas possibilita a construção de uma síntese provisória, produto resultante da elaboração de questões de aprendizagem e da identificação do conhecimento prévio dos alunos relacionado a elas. Em seguida, os alunos buscam e analisam informações em diversas fontes, a fim de responder às questões formuladas, o que consiste no momento de busca e estudo individual. Após, em grupo, realiza-se a socialização das informações encontradas, momento em que se elabora a nova síntese.

Finalizando o ciclo, realiza-se o processo de avaliação (autoavaliação, do grupo, dos professores e do ciclo). Todas essas etapas constituem o ciclo pedagógico da Unidade Educacional e são registradas no portfólio. Ao final de cada ciclo, são realizadas atividades para socialização do conhecimento construído pelos grupos, com a possibilidade de apoio de um especialista para discussão e construção do novo conhecimento, na presença de todos os grupos dos professores facilitadores de UPP (FAMEMA, 2025).

No movimento de ação-reflexão-ação, os conhecimentos são elaborados, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que participam do processo de aprender e ensinar (Batista *et al.*, 2005). Portanto, no ciclo pedagógico, a relação ação-reflexão-ação transformadora é o eixo estruturante de orientação da aprendizagem. Assim, a aprendizagem ocorre pelo ato de refletir sobre a prática profissional em que o aluno e o professor estão inseridos, na busca pela construção de significados da ação realizada. O conjunto dessas ações constitui as atividades realizadas pelo futuro profissional, acumulando um sentido e uma intencionalidade.

Freire e Faundez (2017) afirmam que, para ocorrer a aprendizagem crítica e reflexiva, o aluno precisa aprender a perguntar, a ligar a pergunta às ações e atividades que foram praticadas e/ou que precisam ser refeitas (FAMEMA, 2025). Para superar as dificuldades identificadas, o aluno, ao se instrumentalizar, analisa as diferentes situações da prática profissional por meio da mobilização de suas capacidades,

articulando os conhecimentos, habilidades e atitudes, na perspectiva de sua recomposição. A “internalização” da aprendizagem ocorre no processo de subjetivação do estudante (com ele próprio) e nas relações com outras pessoas (estudantes, professores, profissionais e comunidade). Ao compreender e articular os conteúdos com a prática profissional concreta, ele constrói, gradativamente, a autonomia em sua prática cotidiana (FAMEMA, 2024).

Ao participar de um processo de aprendizagem em que se valoriza as relações intersubjetivas, constrói-se a possibilidade de se constituir opiniões deslocadas de si, que transcendem os interesses próprios, para construir o conhecimento coletivo, fazendo obrigatoriamente, a relação dos sujeitos com o mundo social que compartilham nesse confronto de opiniões e desenvolvem crítica da realidade. Está implícita a dimensão ética da educação (Nunes, 2000).

A operacionalização do ciclo pedagógico exige que o professor mediador modifique sua postura para exercer o trabalho reflexivo com o estudante. Sugere a disponibilidade do professor mediador para pesquisar, acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do estudante, o que, frequentemente, o coloca diante de situações novas e desconhecidas, exigindo que esses atores do processo compartilhem, de fato, da construção e não apenas da reconstrução e a reelaboração do conhecimento (Cyrino; Toralles-Pereira, 2004).

Além disso, a eficácia do trabalho docente depende da sua filosofia de vida, suas convicções políticas, preparo profissional, personalidade, salário que recebe e características de sua vida familiar. Entretanto, isso não se trata de traços individuais do professor, pois o que acontece com ele tem a ver com as relações sociais que acontecem na sociedade (Libâneo, 1997).

Por fim, Freire (1996) destaca que quanto mais o educador possibilitar aos educandos perceberem-se como seres inseridos no mundo, mais eles se sentirão instigados a responder aos novos desafios da sociedade moderna. Constatar e conhecer os problemas torna as pessoas capazes de realizarem intervenções na realidade, sendo essa força a possibilidade de romper com uma leitura de dominação. Portanto, é possível afirmar que a educação consiste em um processo fundamental para que as pessoas se apropriem da herança cultural acumulada ao longo da história pela sociedade (Mazzeu, 1998).

### 5.11.2 Portfólio Reflexivo

O portfólio reflexivo, ferramenta utilizada no curso de Medicina da FAMEMA, consiste em um instrumento de diálogo entre o professor e o aluno, com possibilidade de ofertar novas perspectivas e contínuo suporte afetivo e pessoal para a futura formação profissional, auxiliando na sistematização da avaliação processual das experiências de ensino e aprendizagem (Sá-Chaves, 2000). No portfólio, o aluno registra as ações, atividades gerais e a própria aprendizagem, por meio de um discurso narrativo, elaborado de forma contínua e reflexiva. O enfoque reflexivo percorre por três níveis: narrativo, reflexão sobre os fatos e reflexão sobre si próprio.

Na UPP, o uso do portfólio é uma estratégia que potencializa a reflexão sistematizada sobre as atividades práticas desenvolvidas, assegurando a construção do conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional dos professores e alunos. Além disso, o portfólio constitui-se num instrumento que facilita os processos avaliativos, tanto a autoavaliação como a avaliação formativa realizada pelo professor, possibilitando, em tempo hábil, equacionar conflitos cognitivos, afetivos e psicomotores dos alunos e garantindo condições de desenvolvimento progressivo da autonomia e de sua identidade (FAMEMA, 2025).

As ações propostas para serem realizadas na UPP, estão organizadas em núcleos e conhecimentos específicos (cuidado às necessidades individuais e coletivas de saúde, organização e gestão do trabalho em serviços de saúde e iniciação científica), portanto os ciclos pedagógicos deverão contemplar estes elementos. Os registros no portfólio reflexivo devem envolver os aspectos que compõem o ciclo pedagógico: vivência da prática, síntese provisória, busca qualificada, nova síntese e avaliação, que podem ser expressos dessa forma sistematizada ou utilizar a criatividade para representar seu processo de aprendizagem, conforme definido no ciclo pedagógico (FAMEMA, 2025).

### 5.11.3 Cenário simulado de aprendizagem

Na 2ª série do curso de Medicina, o cenário de aprendizagem simulado ocorre no Laboratório de Práticas Profissionais (LPP2). Esse cenário consiste um momento sistematizado da aprendizagem no qual as atividades são previamente estruturadas pelos docentes na forma de situações simuladas. Nessas situações, utilizam-se pacientes simulados para que o aluno possa construir suas habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras num ambiente protegido, permitindo possíveis e inerentes erros do processo de aprendizagem (FAMEMA, 2025).

No LPP, a utilização de manequins/bonecos e de pacientes simulados (atores e os próprios alunos de forma consentida) garante o desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, segundo uma concepção ética do processo ensino e aprendizagem apoiada nos princípios da aprendizagem significativa. Essa atividade possibilita articular os recursos explorados no cenário real de prática e na UES para o desenvolvimento da competência profissional (FAMEMA, 2025).

#### **5.11.4 Avaliação**

Na 2ª série do curso de Medicina, são avaliados os alunos, os docentes e a Unidade de Prática Profissional. A avaliação do aluno é realizada durante todo o processo de ensino e aprendizagem, por meio da observação e análise de seu desempenho nas atividades desenvolvidas (FAMEMA, 2025). A avaliação de desempenho durante a UPP é registrada em três momentos ao longo do ano letivo, em consenso entre os professores da UPP2 e LPP2.

O Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) objetiva avaliar o desempenho do aluno na realização de uma tarefa em uma situação simulada da prática profissional, e sua participação nessa avaliação é fator condicionante para a progressão no curso (FAMEMA, 2025). Os docentes são avaliados pelos alunos por meio do formulário de avaliação de desempenho do professor, assim como a Unidade de Prática Profissional.

#### **5.11.5 Unidade Educacional Sistematizada**

Na Unidade Educacional Sistematizada, busca-se a discussão de experiências e a construção de conhecimentos para que o aluno possa elaborar um raciocínio clínico-epidemiológico, utilizando o conceito de necessidades de saúde, que direcionará a prática do futuro profissional, por meio da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

Na UES, o disparador da aprendizagem é uma representação da realidade expressa em situações-problema, elaboradas previamente pelos docentes, onde o processo de aprendizagem ocorre a partir dos conhecimentos prévios dos alunos, da identificação das necessidades de aprendizagem e do desenvolvimento da capacidade crítica em relação aos conhecimentos já existentes (FAMEMA, 2021).

Ao contrário das metodologias pautadas no ensino tradicional, a prática construtivista situa o professor no papel de provocador do raciocínio do aluno,

procurando gerar desequilíbrios cognitivos (conflitos e problemas) em relação ao objeto de conhecimento, a fim de possibilitar interações ativas que levem o aluno a uma aprendizagem significativa. Assim, o aluno utiliza diferentes processos mentais (capacidade de levantar hipóteses, comparar, analisar, interpretar e avaliar), desenvolvendo a capacidade de assumir responsabilidade por sua formação (Cunha *et al.*, 2001).

Na UES, a avaliação ocorre ao final de cada sessão em grupo, por meio da reflexão de todo o processo de trabalho, autoavaliação, avaliação coletiva e do tutor. Ocorre também o Exercício de Avaliação Cognitiva (EAC), constituído por questões dissertativas relacionadas aos encontros tutoriais e às atividades práticas desenvolvidas ao longo do ano (FAMEMA, 2025).

#### **5.11.6 Organização geral da 3ª série do curso de Medicina**

A 3ª série do curso de Medicina da FAMEMA, a exemplo das séries anteriores, utiliza o referencial teórico das Necessidades de Saúde. Para a identificação das necessidades de saúde e a elaboração do plano de cuidados, os alunos utilizarão os cenários de UPP 3, LPP 3 e UES 3. Em relação a UPP 3, ela segue fundamentada na competência esperada para profissionais médicos em consonância com as necessidades de saúde da sociedade e a evolução da ciência e da tecnologia. Os alunos darão continuidade a sua formação, buscando desenvolver na área de Vigilância à Saúde os seguintes desempenhos, a partir das necessidades esperadas:

série:

- Cuidado das necessidades individuais em todas as fases do ciclo de vida
- Identifica as necessidades de saúde
- Elabora, executa e avalia o plano de cuidado
- Cuidado das necessidades coletivas em saúde
- Identifica as necessidades de saúde
- Formula e processa o problema
- Elabora, executa e avalia o processo de intervenção
- Organização e gestão do processo de trabalho em saúde
- Organiza e elabora o trabalho em saúde
- Planeja o processo de trabalho
- Avalia o trabalho em saúde (FAMEMA, 2025).

Além disso, a mudança para o cenário de prática hospitalar permite aos alunos uma percepção mais ampla do acesso e da mobilidade no Sistema Único de Saúde, vivenciando a complexa trama relação entre atenção básica (primária) e hospitalar (secundária e terciária).

Em relação ao LPP 3, ele segue a estrutura das séries anteriores, com a elaboração das atividades realizada pelos docentes do módulo, a partir do cenário que os alunos estão passando (por exemplo, saúde do adulto ou da criança), ocorrendo de forma simulada em manequins ou pacientes simulados. Essa estratégia em ambiente simulado facilita o desenvolvimento de capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, nos pressupostos da aprendizagem significativa (FAMEMA, 2025).

A UES 3, os alunos trabalham com situações problema envolvendo as necessidades de saúde de famílias fictícias, sob forma de situações não estruturada, ou seja, a partir de problemas abertos que dão margem para discussões amplas, com estímulo ao raciocínio clínico (Tawfik *et al.*, 2013). Essas situações problema possuem enfoque amplo, multidisciplinar e de abordagem biopsicossocial. Além disso, a lógica de organização da série é pautada no ciclo de vida, iniciando com a gestante, seguido do nascimento, crescimento, desenvolvimento e envelhecimento.

Na UES, os encontros ocorrem em forma de tutoria, onde, a exemplo das séries anteriores, o tutor atua como mediador do processo de ensino e aprendizagem e o aluno como protagonista/ativo. Além disso, a lógica da UES 3 permanece com a abertura, discussão e fechamento das situações problema, estruturando-se nos pressupostos da Aprendizagem Baseada em Problemas (FAMEMA, 2025).

Na figura 70, segue cronograma de uma semana padrão da 3ª série do curso de Medicina da FAMEMA:

Figura 70: Semana padrão da 3ª série do curso de Medicina- FAMEMA

| PERÍODO      | SEGUNDA | TERÇA     | QUARTA                                       | QUINTA                | SEXTA                        |
|--------------|---------|-----------|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| <b>MANHÃ</b> | Tutoria | LPP Apoio | Conferência<br>+<br>Extensão<br>(11h às 12h) | Tutoria               | LPP<br>Simulação/<br>Apoio** |
| <b>TARDE</b> | UPP**   | UPP**     | UPP**                                        | UPP**<br>LPP Apoio*** | Extensão                     |

Fonte: FAMEMA, 2025

### 5.11.7 Organização geral da 4ª série do curso de Medicina

De forma geral, com o intuito de desenvolver competência profissional médica, as tarefas propostas para a 4ª série buscam a consolidação e aplicação, em diferentes cenários e situações, dos recursos adquiridos, além de avançar na aquisição daqueles necessários a uma adequada prática profissional. Isso possibilita ao aluno aprimorar o raciocínio clínico, formular as hipóteses diagnósticas, considerando as dimensões biopsicossociais, analisar e avaliar o processo saúde-doença estabelecendo investigação diagnóstica e o plano de cuidado individual (que inclui o medicamentoso e não medicamentoso) e coletivo, nos vários níveis de atenção, proporcionando intervenções necessárias para a integralidade do cuidado à saúde, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação do Curso de Medicina, segundo o Parecer nº CNE/CES 116/2014 (FAMEMA, 2025).

Para isso, mantendo a lógica das séries anteriores em metodologias de aprendizagem ativas, as atividades propostas para a 4ª série compreendem:

**1. Unidade de Prática Profissional (UPP4)** – vivência da prática profissional sob supervisão dos profissionais das equipes na Cirurgia Ambulatorial e Ambulatórios de Especialidades.

. Laboratório de Prática Profissional (LPP) – apoio para o desenvolvimento das habilidades necessárias nos cenários de prática.

. Ciclo Pedagógico: os momentos de reflexão da prática e discussão (ciclo pedagógico) são assegurados por meio do portfólio e orientados pelo professor da UPP4.

**2. Unidade Educacional Sistematizada (UES)** – estudo sistematizado com base em apresentações de casos clínicos para discussão nas sessões de tutorias, que ocorrem uma vez por semana, complementadas pelas conferências e consultorias.

**3. Unidade Educacional Eletiva (UEE)** – o ano letivo da quarta série se inicia com o estágio eletivo, logo no primeiro mês de atividades.

A UPP 4 segue a mesma lógica das séries anteriores, contemplando os módulos I (Saúde do adulto, mulher e criança) e módulo II (Cirurgia ambulatorial). NA UPP 4, é realizado o ciclo pedagógico, mediante confronto experiencial, elaboração de síntese provisória, levantamento de questões de aprendizagem, busca e análise de informações e fontes, elaboração de nova síntese e avaliação, para posterior aplicação na prática. O registro do ciclo pedagógico utiliza como instrumento o Portfólio Reflexivo, como nas UPPs anteriores (FAMEMA, 2025).

No LPP, ocorre somente o “momento de apoio”, sem o “momento avaliação” com pacientes simulados, pois o grau de autonomia do estudante, esperado para esta série, permite que se use a prática real (UPP) para avaliá-los. O “momento avaliação” ocorre nos cenários reais da prática diária. O “momento apoio” são encontros realizados periodicamente e desenvolvidos nas dependências da FAMEMA. No LPP, os principais momentos do processo pedagógico são o confronto experiencial, desenvolvimento de raciocínio crítico e reflexivo, avaliação formativa na busca pela mobilização de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores (FAMEMA, 2024).

Na etapa da avaliação, são observadas as tarefas que contemplam as necessidades de saúde do indivíduo, organização em gestão do trabalho em saúde e aspectos atitudinais.

A UES 4 segue a mesma lógica das séries anteriores, porém, os encontros tutoriais ocorrem 1 vez na semana, tendo como eixo norteador os pressupostos da Aprendizagem Baseada em Problemas. Como atividades paralelas, são trabalhadas conferências, encontros no laboratório de parasitologia e aulas teórico-práticas de Eletrofisiologia. A avaliação ocorre por meio do EAC e também pelo Teste Progresso.

Por fim, a Unidade Educacional Eletiva oferece ao aluno um estágio eletivo, conferindo a ele a liberdade de escolha e organização, desde que mostre relevância em relação aos objetivos gerais do curso. (FAMEMA, 2025).

## **5.12 Organização geral da 5ª e 6ª série do curso de Medicina**

A 5ª e a 6ª série do curso de Medicina da FAMEMA marcam o internato médico, que possui como objetivo formar profissionais comprometidos com as necessidades de saúde das pessoas, integrando ensino-aprendizagem, pesquisa e assistência. Dessa forma, o objetivo do internato consiste em integrar, desenvolver e aprimorar na prática diária recursos cognitivos, psicomotores e afetivos para o exercício profissional, na busca pela formação de um médico capaz de abordar o paciente como um todo, identificando as necessidades de saúde individual e as da comunidade para amenizar o sofrimento e realizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (FAMEMA, 2025).

De forma geral, os desempenhos esperados pelos estagiários do internato são:

- Orientar o exercício profissional para as necessidades dos pacientes e seus familiares, estabelecendo uma relação baseada no reconhecimento dos valores e manifestações sócio-culturais nela envolvidos;
- Integrar e avaliar, sob a perspectiva clínica e epidemiológica, informações colhidas na história clínica e de vida do paciente, no exame clínico e na exploração diagnóstica complementar;
- Realizar procedimentos clínico-terapêuticos essenciais no atendimento às urgências/emergências e calamidades, principalmente aqueles envolvidos na preservação e na qualidade da vida;
- Intervir, de forma efetiva, em qualquer nível de atendimento, a partir da identificação de riscos à saúde, tendo como base os conhecimentos da epidemiologia, da prática baseada em evidências, do desenvolvimento da personalidade e dos processos de produção de doenças;
- Reconhecer-se integrante da complexa relação estabelecida entre profissionais, pacientes, familiares e outros membros da equipe de saúde;
- Escolher, de forma compartilhada com o paciente e outros profissionais da equipe, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais apropriados, com base nas relações de risco, custo e benefício e no consentimento informado;
- Comunicar-se com eficiência em contextos de natureza diversa: interpessoal, organizacional e de pequenos grupos;
- Identificar as possibilidades de intervenção nos níveis de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, nos planos individual, familiar e comunitário, segundo a ocorrência, distribuição e impacto dos problemas de saúde da comunidade;
- Intervir nos problemas de saúde identificados em sua área de atuação, utilizando instrumental de planejamento e programação de saúde (FAMEMA, 2025).

Além disso, o internato possui como tarefas aos alunos:

- Realizar história e exame clínico junto ao paciente/acompanhante com foco de atenção nas necessidades de saúde, visando à integralidade do cuidado e apresentar ao preceptor/residente para correção, discussão, estabelecimento diagnóstico, elaboração de plano de investigação e tomada de conduta;
- Utilizar a história clínica para melhor compreensão do paciente e seus problemas;

- Reconhecer os sentimentos e os aspectos da vida do paciente que possam ter contribuído para o desenvolvimento ou piora da sua doença;
- Indicar plano de cuidados, levando em conta a singularidade orgânica, social e psicoafetiva dos pacientes, aplicando os princípios da Prática Baseada em Evidências;
- Solicitar os exames complementares, sob supervisão, de conformidade com o diagnóstico clínico resultante da discussão, conhecendo os fundamentos, sensibilidade, especificidade e os custos de cada exame;
- Comunicar-se com a família/acompanhante para: obtenção de informações, consentimento para procedimentos sobre o paciente; informar o diagnóstico, prognóstico; orientação de cuidados necessários e esclarecimento de dúvidas;
- Registrar no prontuário, de forma clara, concisa e com caligrafia legível a evolução diária, os procedimentos realizados, cuidados indicados para cada paciente, mantendo-o organizado e atualizado, identificando-se com assinatura e carimbo;
- Prescrever, sob supervisão, medicamentos, considerando os mecanismos de ação, vias de administração, farmacodinâmica, efeitos colaterais e relação custo/benefício e evidência de efetividade;
- Realizar junto aos pacientes os seguintes procedimentos, sob supervisão: passagem e cuidados de sondas nasogástrica e uretral, manuseio de curativos e drenos, punções venosa e arterial, retirada de pontos cirúrgicos, manuseio de traqueostomia, realização de ECG, execução de manobras de reanimação cardiorrespiratória, entubação endotraqueal (FAMEMA, 2025).

As atividades do internato médico são realizadas nas enfermarias do Hospital das Clínicas, Ambulatórios, Unidades de Urgência e Emergência e Centro Cirúrgico. Além disso, algumas atividades teórico-práticas são realizadas, como reuniões de discussão, ciclo pedagógico, LPP, atividades práticas e plantões. As avaliações são realizadas pelo preceptor ao término de cada estágio.

As áreas de atuação dos alunos da 5ª série do curso de Medicina são a Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Psiquiatria/Saúde Mental, Urgência e Emergência, com ênfase nas áreas de Ortopedia, UTI Cirúrgica e Psiquiatria, Neonatologia, Ginecologia e Obstetrícia (FAMEMA, 2025).

### **5.13 O movimento de mudança curricular do curso de Enfermagem da FAMEMA e aspectos gerais do atual currículo**

A estrutura curricular do curso de Enfermagem da FAMEMA é anual (seriada) e está alicerçada em quatro unidades principais: a Unidade de Prática Profissional (UPP), a Unidade Educacional Sistematizada (UES), a Unidade Educacional Eletiva e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Os estudantes são inseridos nos cenários de prática desde a primeira série do curso, sendo que a primeira e a segunda séries são desenvolvidas em Unidades de Saúde da Família (USF), em parceria com os Serviços de Atenção Básica do município de Marília. Na terceira série de Enfermagem, os estudantes são inseridos nos cenários de prática nas Unidades Hospitalares nas áreas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde do Adulto. Na quarta série, ao realizar o estágio supervisionado, o estudante vivencia a prática do enfermeiro, durante um semestre na Atenção Básica do município de Marília e, no outro semestre, nas Unidades Hospitalares – Hospital das Clínicas Unidade I ou Unidade II (FAMEMA, 2025).

Nas UPPs, as atividades estão baseadas na análise e intervenção em problemas reais abordados com enfoque multiprofissional e interdisciplinar. As atividades nas UPPs proporcionam aos estudantes, por meio de um trabalho contínuo durante todo o curso de graduação, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática profissional, tornando os futuros profissionais não só sensibilizados em relação à importância do trabalho nas unidades de saúde, mas preparados para prosseguirem como participantes ativos em programas de base comunitária (FAMEMA, 2024).

As atividades realizadas na UPP permitem que os estudantes adquiram a percepção ampliada da problemática saúde-doença e a necessidade do adequado encaminhamento. Na UPP1 e UPP2, os estudantes são distribuídos em grupos de 12 (oito de Medicina e quatro de Enfermagem), sempre com acompanhamento de um professor. Nas UPPs, assim como no curso de Medicina, conta-se também com um cenário simulado – o Laboratório de Prática Profissional (LPP).

As atividades desenvolvidas na UPP3 proporcionam ao estudante conhecimentos técnico-científicos para o cuidado de Enfermagem sistematizado ao indivíduo hospitalizado em situações pediátricas, clínico-cirúrgicas e obstétricas, considerando sua inserção na família e sociedade. Discutem-se, ainda, as políticas públicas e a organização hospitalar para esta prática.

A UPP4 é construída a partir da vivência reflexiva dos estudantes em contextos reais de prática profissional, sendo desenvolvida na modalidade de estágio supervisionado, que permite ao estudante vivenciar o mundo do trabalho, incorporando novos conhecimentos, desenvolvendo as habilidades e atitudes esperadas para sua formação profissional (FAMEMA, 2025).

Já na Unidade Educacional Sistematizada (UES), que acontece na primeira e segunda séries, trabalha-se com grupos específicos de oito estudantes de Enfermagem, seguindo o método da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), amparada por laboratórios de aprendizagem (morfofuncional, informática e de simulação), biblioteca e consultorias com docentes especialistas (FAMEMA, 2025).

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é um processo desenvolvido a partir da terceira série, culminando em um documento que representa o resultado de pesquisa e estudo, possibilitando expressar conhecimento do assunto escolhido. Ainda, como forma de flexibilizar o currículo, é proporcionada aos estudantes das segunda, terceira e quarta séries a Unidade Educacional Eletiva, que visa oferecer oportunidades de participação ativa do discente na construção curricular, optando e definindo áreas de interesse de atuação, de fragilidade ou que requerem aprofundamento de conhecimento, além de desenvolver habilidades e atitudes (FAMEMA, 2025).

A avaliação do estudante é realizada por meio de uma composição de documentos (formatos e instrumentos) que possibilitam a observação e análise do desempenho deste nas atividades de ensino-aprendizagem e o grau de alcance em relação aos objetivos educacionais e de aprendizagem. Embora possam ser utilizadas diversas fontes, os docentes são responsáveis pela realização das avaliações dos estudantes (FAMEMA, 2025). A avaliação é referenciada por critérios que originam os conceitos de satisfatório e insatisfatório.

#### **5.13.1 A 3ª série do curso de Enfermagem**

Considerando o fato das duas primeiras séries do curso de Enfermagem ocorrer em conjunto com o curso de Medicina, seguindo os mesmos critérios e estratégias metodológicas, busquei refletir e sistematizar em forma de escrita as principais características da 3ª e 4ª série do curso de Enfermagem.

O Curso de Enfermagem da FAMEMA utiliza as metodologias ativas de ensino e aprendizagem, que favorecem a aprendizagem significativa, a partir de um currículo integrado e orientado por competência na abordagem dialógica, que favorece a

articulação entre prática e teoria e academia-serviço-comunidade, propiciando um trabalho interdisciplinar. No currículo integrado, considera-se que a educação parte do mundo do trabalho. Assim, o objetivo é construir a prática profissional de forma reflexiva, articulando a formação ao trabalho, construindo significado ao fazer do enfermeiro (FAMEMA, 2018).

A terceira série do Curso de Enfermagem está organizada em Unidade de Prática Profissional 3 (UPP3): Cuidado ao Indivíduo Hospitalizado, que se caracteriza pela introdução dos alunos no cenário hospitalar, ocorrendo separadamente do Curso de Medicina e é construída a partir da vivência reflexiva em contextos de prática profissional - real e simulada – para que os alunos possam construir seu conhecimento por meio da Metodologia da Problemática (FAMEMA, 2024).

As atividades da UPP3 do curso de Enfermagem estão organizadas para desenvolver o cuidado às necessidades individuais e coletivas de saúde, em todas as fases do ciclo de vida e em diferentes contextos, além de contemplar a gestão e organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, que implica tanto na aprendizagem como no cuidado efetivo e integral da pessoa hospitalizada. Não se trata de uma relação de aprendizagem do aluno na qual a pessoa é um mero objeto para o desenvolvimento de atributos. Trata-se de uma relação com vínculo e responsabilização, para com as pessoas hospitalizadas e a equipe de saúde, tal como ocorre na vida real. Para isso, utiliza como pressupostos de sua prática o modelo de vigilância à saúde, a integralidade do cuidado, o processo saúde-doença como construção social, as necessidades de saúde e as políticas públicas. O desempenho dos alunos da 3ª série do curso de Enfermagem da FAMEMA é avaliado por meio dos critérios relacionados ao desenvolvimento cognitivo, comunicação, atitude e trabalho em grupo (FAMEMA, 2025).

Considerando os diferentes cenários de atuação, no âmbito dos cuidados às necessidades individuais em todas as fases do ciclo da vida, os alunos realizam e desenvolvem diferentes ações, como coleta de história clínica, exame físico, coleta dados em fontes secundárias, elabora diagnósticos de Enfermagem e elabora, implementa e avalia o plano de cuidados. Todas essas ações são fundamentadas nos pressupostos do referencial teórico das Necessidades de Saúde, de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio.

Sobre este referencial, Cecílio (2001) afirma que entender o conceito de necessidades de saúde auxilia os trabalhadores/equipe/serviços/rede de serviços a

fazerem uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados em saúde, priorizando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas. Entende-se que as necessidades de saúde são construídas socialmente, numa dada realidade que é histórica e dinâmica, determinada pela produção e reprodução social. Nesse sentido, necessidades de saúde podem ser apreendidas, de forma bastante completa, em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: ter boas condições de vida, ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, criar vínculos afetivos e efetivos entre cada pessoa e uma equipe e/ou profissional de saúde e ter graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida.

No âmbito do cuidado às necessidades de saúde coletiva, as ações desenvolvidas pelos alunos consistem em identificar as necessidades de saúde coletiva nas diferentes unidades de internação. No contexto da gestão do processo de trabalho em saúde, o aluno compreende como a unidade de internação está organizada para a realização do cuidado (FAMEMA, 2024).

O processo de ensino e aprendizagem utiliza a Metodologia da Problemática, tendo como estratégia o desenvolvimento do ciclo pedagógico, seguindo as etapas apresentadas a seguir:

A vivência da prática corresponde aos períodos de atividades no cenário real (unidades de internação hospitalar) e no cenário simulado (Laboratório de Prática Profissional - LPP), nos quais os alunos realizam o cuidado integral à pessoa hospitalizada. Configura-se no encontro do aluno com a realidade social que deve ser estruturada na forma de narrativa reflexiva, buscando a identificação de causas, consequências e significados; exposição e exploração de valores, seus papéis, desempenhos e concepções que o aluno considera crítica, ações e/ou reflexões de sua parte e dos sujeitos envolvidos. Esta etapa de reflexão da prática vivenciada pelos alunos permite a elaboração de uma síntese provisória, realizada no pequeno grupo, na qual se identifica os conhecimentos prévios e as lacunas de conhecimentos, proporcionando o levantamento de hipóteses e formulação de questões de aprendizagem, com a participação de um/a professor/a como facilitador/a (FAMEMA, 2025).

A etapa seguinte consiste no momento da busca qualificada de informações, realizado individualmente, onde o aluno realiza a identificação de fontes primárias e/ou secundárias, com a intenção de ir além de procurar a verdade, ou encontrar respostas às questões propostas. Requer pensamento reflexivo, tratamento científico e a articulação

entre eles, incluindo critérios qualificados de escolha das fontes (base de dados acessada, descritores), sistematização da busca realizada segundo as normas da ABNT ou Vancouver (FAMEMA, 2024).

A elaboração da nova síntese, etapa seguinte, ocorre num segundo encontro em pequenos grupos, com a discussão das questões de aprendizagem respondidas individualmente e com a reflexão da prática com intenção de transformá-la. Nesse momento, os alunos retomam os problemas e as hipóteses identificadas, por meio dos novos conhecimentos construídos, buscando reconstruir a prática por meio da reconstrução das hipóteses, além da elaboração de propostas para a resolução dos problemas selecionados, caracterizando o movimento de ação-reflexão-ação (FAMEMA, 2018).

Ao final de cada ciclo pedagógico, os alunos realizam a avaliação do processo, do professor, do grupo e também a autoavaliação, devendo constar no portfólio. Os alunos, durante todo o processo de ensino e aprendizagem, registram as atividades desenvolvidas e suas reflexões, onde, por meio de um discurso narrativo, se traduz na construção de um portfólio reflexivo individual.

### **5.13.2 Organização da UPP 3 da 3ª série do curso de Enfermagem**

A UPP 3 é desenvolvida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HCFAMEMA, nas unidades de internação do Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade (DASAC) e no Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil (DASMI), onde são contemplados o cuidado de crianças, adolescentes, adultos e idosos em situações clínicas, cirúrgicas e obstétricas (FAMEMA, 2024).

Os recursos educacionais utilizados na 3ª série do curso de Enfermagem são diversos, entre eles, a biblioteca, laboratórios morfofuncional, de informática e de simulação, agendamento de consultorias com especialistas, profissionais de saúde, gestores e usuários dos serviços de saúde.

A UPP3 também contempla um exercício da prática profissional, a atividade educativa simulada (AES), que representa outra estratégia de ensino e aprendizagem, que possui como objetivo potencializar o desenvolvimento da aprendizagem. Nessa modalidade, assim como no LPP, são utilizados atores e simuladores (FAMEMA, 2025).

A avaliação do desempenho do aluno ocorre por meio observação da mobilização das capacidades em ação nos cenários real de prática e simulado, além dos

momentos de trabalho em pequeno grupo, considerando a capacidade de autonomia e domínio estabelecido nas áreas de competência. Ocorre, portanto, a avaliação do aluno (por meio do Portfólio Reflexivo e do Exercício de Prática Profissional- EAPP), do professor e da Unidade Educacional (FAMEMA, 2025).

#### 5.14 Organização geral da 4ª série do curso de Enfermagem

A organização geral da 4ª série do curso de Enfermagem remete-me à obra de Tarsila do Amaral “Os Operários” (1993), conforme figura 71, que segue:

Figura 71: Os Operários. Tarsila do Amaral (1993)



Fonte: FAMEMA, 2018.

Tal alusão parece-me possível, considerando que a 4ª série do Curso de Enfermagem da FAMEMA busca contribuir com a formação do Enfermeiro, considerando o adequado perfil profissional, visando à promoção de autonomia ao aluno, capacitando-os para atuarem nas áreas de cuidado às necessidades de saúde individuais e coletivas, educação em saúde e na gestão e organização do processo de trabalho, segundo o referencial teórico da Integralidade da Atenção em Saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (FAMEMA, 2018).

Além disso, o papel do enfermeiro no atual cenário de assistência em saúde evidencia a necessidade de uma formação generalista e humanitária, contrastando com o contexto do quadro “Os Operários”, que ilustra a diversidade de povos e culturas, cada um com sua especificidade.

A 4ª série do curso de Enfermagem da FAMEMA, a partir das proposições apresentadas pelas DCNs de 2001, utiliza a Unidade Curricular denominada Unidade Prática Profissional (UPP 4), que corresponde ao Estágio Supervisionado. Essa unidade curricular se estrutura no perfil de competência nas áreas da atenção ao cuidado em saúde, tanto no âmbito das necessidades individuais quanto coletivas, além da gestão e organização do processo de trabalho em saúde e da educação em saúde, desenvolvidos nas três séries anteriores, diferenciando-se pelo grau de domínio e autonomia do aluno. Nessa série, espera-se o desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas dos alunos, além da autonomia e criatividade, competências essenciais de um currículo integrado (FAMEMA, 2018).

Em relação à abordagem educacional, a formação estabelecida contempla o currículo integrado, orientado a partir da abordagem dialógica de competência e na cogestão do cuidado integrado. Esse currículo é pautado nas metodologias ativas de ensino e aprendizagem, além do referencial da integralidade para o cuidado em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, compreende-se que o currículo integrado da 4ª série relaciona o processo de formação escolar à prática social. Ramos (2006), na perspectiva do currículo, entende a necessidade de a classe trabalhadora compreender a realidade para além da aparência, proporcionando condições para a sua transformação em benefício de suas necessidades de classe.

Nessa perspectiva, o trabalho é entendido como princípio educativo e proporciona a compreensão da historicidade da produção científica e tecnológica, como conhecimentos desenvolvidos e apropriados socialmente para a transformação das condições naturais da vida e ampliação das capacidades, das potencialidades e sentidos humanos (FAMEMA, 2025). Além disso, na 4ª série, utiliza-se a pedagogia crítica, baseada nas metodologias ativas e na aprendizagem significativa, que confere maior relevância à prática profissional. Dessa forma, a construção do conhecimento ocorre a partir da problematização da realidade, articulação entre teoria e prática e da participação ativa dos diferentes sujeitos envolvidos.

Nesse modelo de processo educativo, o respeito à autonomia de cada um torna-se imperativo ético, uma vez que os sujeitos aprendem e crescem na diferença, sobretudo no respeito a ela (Freire, 1996). No âmbito das competências a serem atingidas, considerando a área do cuidado das necessidades de saúde individuais em todas as fases do ciclo da vida, os alunos da 4ª série do curso de Enfermagem, na prática, realizam história clínica, exame físico, hipóteses diagnósticas, investigação diagnóstica e plano de cuidados.

No contexto do cuidado em saúde coletiva, os alunos realizam inquérito populacional e investigação epidemiológica, diagnóstico situacional e plano de intervenção. No contexto da gestão do cuidado em saúde, os alunos desempenham atividades no coletivo organizado, realizam plano de intervenção e sistematização das informações em saúde (FAMEMA, 2018). Além da UPP 4, a 4ª série do curso de Enfermagem se compõe da Unidade Educacional Eletiva e do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

De forma geral, o processo de ensino e aprendizagem ocorre a partir dos pressupostos das teorias interacionistas da educação, no pensamento complexo, na metodologia científica, na integração entre teoria e prática e na aprendizagem significativa. Utilizam-se as Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem, que se operacionalizam por meio do ciclo pedagógico, percorrendo as mesmas etapas da série anterior (vivência da prática, síntese provisória, busca qualificada, nova síntese e avaliação) (FAMEMA, 2024).

Por meio da leitura da figura 72, a seguir, é possível compreender como ocorre a inserção do aluno da 4ª série do curso de Enfermagem da FAMEMA no mundo do trabalho:

Figura 72: Recorte da Matriz Curricular do curso de Enfermagem da FAMEMA

| 1º semestre                          |                             | 2º semestre                       |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Unidade de Prática Profissional 4    | Unidade Educacional Eletiva | Unidade de Prática Profissional 4 |
| Trabalho de Conclusão de Curso – TCC |                             |                                   |

Fonte: FAMEMA, 2024.

Por fim, a UPP4 se configura a partir de eixos estruturantes, que ocorre de modo integrado e se constitui de aspectos que favorecem o desenvolvimento das áreas de competência, conhecidos como: Eixo E1: cenário real do trabalho em saúde- Atenção básica e hospitalar e vivência da prática profissional do enfermeiro/a no contexto da atenção à saúde; Eixo E2: cenário simulado- Ampliando as capacidades que fundamentam o perfil de competência do enfermeiro (FAMEMA, 2018).

O Eixo 1 (Vivenciando a prática profissional do enfermeiro/a no contexto da Atenção à Saúde Intencionalidade educacional) oportuniza o movimento de ação-reflexão-ação da prática profissional do enfermeiro, para o desenvolvimento das áreas de competência do curso, contemplando o cuidado das necessidades individuais e coletivas em saúde, além da gestão e organização do trabalho em saúde e os processos educacionais. Além disso, é considerado o grau de autonomia para série, tendo como dimensões a articulação entre prática e teoria, a interdisciplinaridade e integração entre academia, serviço e comunidade (FAMEMA, 2025).

O Eixo 2 (Ampliando as capacidades que fundamentam o perfil de competência do enfermeiro Intencionalidade educacional) possui como objetivo o desenvolvimento de capacidades que qualifiquem a prática profissional do enfermeiro. Para isso, estrutura-se na construção de conhecimentos, atitudes e habilidades para o cuidado integral em saúde, na perspectiva da educação crítica e na produção de conhecimento baseado em evidências (FAMEMA, 2024).

Para desenvolver os eixos apresentados, a 4ª série se estrutura em Atividades Educacionais (AE) que contemplam aos propósitos da série. Essas AEs contemplam os contextos de responsabilização do aluno pelo processo de formação, reflexão da prática profissional no contexto real do mundo do trabalho, projetos de intervenção e saberes e práticas em processos de gestão e em cuidado integral em saúde.

Nessa premissa, para explorar as capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras e atitudinais dos alunos, são utilizadas ações educacionais. As principais ações educacionais utilizadas na 4ª série estão listadas no quadro 5, a seguir:

Quadro 5: Ações Educacionais e suas características

| Ações                       | Características das ações educacionais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Situação Problema</b>    | Elaboradas pelos docentes da série, cumprem o papel de disparadoras do processo ensino aprendizagem, são processadas em pequenos grupos, nos momentos de síntese provisória e nova síntese. Permitem a exploração de conteúdos- atributos cognitivo, psicomotor e afetivo, relacionados ao foco da série.                                                                                                                                                                          |
| <b>Narrativa da prática</b> | Elaboradas pelos estudantes a partir das suas próprias experiências, proporcionam exploração e reflexão sobre os contextos, cumprem o papel de disparador do processo. Além dos desenvolvimentos das capacidades cognitivas, favorece a ampliação de sentidos – da escuta, olhar e percepção; de habilidade e de atitudes. Desenvolve-se em momentos de síntese provisória e nova síntese (Anexo 1).                                                                               |
| <b>TBL</b>                  | Promove a construção de conhecimento especialmente na resolução de problema, favorece o desenvolvimento da aprendizagem colaborativa, uma vez que utiliza atividade de discussão, considerando distintos saberes e experiências dos estudantes. Essa ação pauta-se na elaboração pelo docente de material didático, na formação do trabalho em equipe, na corresponsabilização e implicação dos estudantes no processo, na aplicação do conhecimento e devolutiva de especialista. |
| <b>Plenária</b>             | Voltada ao compartilhamento de saberes e de produções. Proporciona uma nova síntese ampliada e ou socialização de produtos que podem ser analisadas e validadas por especialista. Realizada em grande grupo.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Oficina de Trabalho</b>  | Orientada ao desenvolvimento de capacidades de caráter instrumental e de conhecimentos operacionais e podem utilizar diferentes abordagens metodológicas, considerando o movimento ativo de aprendizagem. Pode ser realizada em pequenos ou grandes grupos.                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Simulação</b>            | Atuação do estudante como profissional em ambiente protegido, com a participação de ator simulado e ou laboratório de práticas profissionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Portfólio</b>            | Consiste em um instrumento de construção e acompanhamento da trajetória do estudante na série, destacando conquista e desafios na aprendizagem e desenvolvimento do perfil de competência. A análise dessa trajetória acontece em diálogo entre docente e estudante, em momento individual ou coletivo.                                                                                                                                                                            |
| <b>Viagem educacional</b>   | Ação educacional social e artística dentro de um contexto pedagógico que contribui com a aprendizagem, acessando emoções e sentimentos. Acontece no grande grupo, e se utiliza de diferentes disparadores e abordagens metodológicas.                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Preceptoria</b>          | Encontros para reflexão no cenário real da prática profissional, que delimita um espaço de aprendizagem em movimentos de análise e síntese do perfil de competência, favorecendo a identificação de conquistas e desafios. Nesses momentos, a seleção de fatos relevantes, a serem explorados deve ser definida a partir de narrativas, situação problema ou da observação direta de desempenho.                                                                                   |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

A avaliação do aluno é organizada em critérios, a partir de uma padronização apropriada, utilizada para comparação com os desempenhos de cada aluno, ao longo do curso. A avaliação critério-referenciada possibilita que o aluno conheça o desempenho considerado satisfatório, orientando sua aprendizagem, permitindo um acompanhamento da progressão das aprendizagens, reduzindo a competição entre os alunos e estabelecendo um diálogo mais adequado entre professores e alunos. Sendo assim, a avaliação do rendimento escolar ocorre mediante a atribuição dos conceitos Satisfatório (S) e Insatisfatório (I), além da frequência mínima obrigatória de 75% nas atividades programadas (FAMEMA, 2009).

Na UPP 4, os alunos são avaliados a partir do EAC, Portfólio Reflexivo, Projeto de Intervenção e Exercício de Avaliação da Prática Profissional.

#### **5.14.1 Unidade Educacional Eletiva**

A Unidade Educacional Eletiva busca favorecer dinamicidade e movimento pedagógico inclusivo – estudante em ação, considerando a diversidade, a identidade cultural singular e os sentidos das práticas profissionais, oportunizando aos alunos participação ativa no desenvolvimento de sua formação profissional (FAMEMA, 2025).

Os alunos, em movimento de corresponsabilização e participação na organização da Unidade Educacional Eletiva, consideram que a seleção do cenário se articula com os pressupostos curriculares do curso e o diálogo com o docente da série. Sendo assim, o aluno desenvolve a prática profissional nos cenários de atuação do enfermeiro, pautado no perfil de competências nas áreas do cuidado às necessidades individuais e coletivas em todas as fases do ciclo de vida, organização e gestão do processo de trabalho em saúde e educação em saúde (FAMEMA, 2021; FAMEMA, 2024).

A Unidade Educacional Eletiva também pode ser realizada na própria instituição, em serviços locais de saúde e em outras instituições e serviços que possibilitem aos alunos conhecerem múltiplas realidades, inclusive no exterior. Essas experiências possibilitam um contato precoce dos/as alunos com o mundo real do trabalho, com a aplicação do conhecimento e o exercício da reflexão baseada na prática e nos contextos particulares desses serviços (FAMEMA, 2018).

As ações educacionais utilizadas na Unidade Educacional Eletiva são o *Talk Show*, a Atividade Autodirigida, as Atividades práticas e as Oficinas de trabalho. Neste cenário, a avaliação do aluno é realizada pelo profissional que ofereceu o estágio, sendo avaliados os seguintes critérios: pontualidade, assiduidade, responsabilidade, iniciativa, capacidade de trabalho em equipe, capacidade de comunicação e habilidades específicas (formulação de perguntas, busca de informação, entendimento de conceitos, integração e articulação de informações e análise crítica de informações e fontes, formulação de hipóteses, aplicação de conhecimentos, integração das dimensões biológica, psicológica e social) (FAMEMA, 2025).

## **6 AS METODOLOGIAS DE APRENDIZAGEM ATIVA NO ENSINO EM SAÚDE DA FAMEMA E A PERSPECTIVA DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: CONTRIBUIÇÕES PARA SE PENSAR O ENSINO MÉDICO NO BRASIL**

O percurso de transformações pelo qual passou a Faculdade de Medicina de Marília, desde 1967 até 1997, possibilitou a reestruturação do currículo de seus cursos médicos, segundo as metodologias ativas. Não é objetivo desta pesquisa discutir tais metodologias. No entanto, alguns elementos são aqui apresentados, buscando evidenciar as mudanças e perspectivas para o ensino nos cursos da FAMEMA, impulsionadas por elas no recorte temporal da pesquisa mencionado.

Entre os elementos que compõem as metodologias de aprendizagem ativa, destaca-se o papel dos dois principais atores: o professor, que deixa de ter a função exclusiva de ensinar e protagonizar, para ocupar a posição de mediador e facilitador do processo de aquisição de conhecimento por parte do estudante, e o próprio estudante, que passa a se apropriar de conceitos que o remetem a um contexto dinâmico. Tais elementos tornam-se indispensáveis para vivenciar de forma clara o ambiente ativo, dinâmico e construtivo (Faria; Martin; Cristo, 2015). Atualmente, existem diferentes estratégias de métodos de aprendizagem ativa. Porém, para que eles sejam considerados bons métodos, considera-se os seguintes enfoques:

- Construtivista: Basear-se na aprendizagem significativa;
- Colaborativo: Favorecer a construção de conhecimento em grupo;
- Interdisciplinar: Proporcionar atividades integradas a outras disciplinas;
- Contextualizado: Permitir que o educando compreenda a aplicação de determinado conceito em sua realidade;
- Reflexivo: Fortalecer os princípios da ética;
- Crítico: Estimular o educando a buscar aprofundamento teórico para que ele possa compreender as limitações das informações que chegam até ele;
- Investigativo: Despertar a autonomia e a curiosidade;
- Humanista: Possuir enfoque no contexto social;
- Desafiador: Estimular o estudante a buscar soluções para os problemas estabelecidos (Cecy, 2013).

Nessa perspectiva, o Ministério da Educação, por meio da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional e a Resolução CNE/CES n 03/2001, recomenda as

metodologias de aprendizagem ativa como estratégia de ensino e aprendizagem, com o objetivo de desenvolver competências, habilidades e atitudes no estudante, sendo utilizada com maior frequência nos espaços educacionais voltados para a saúde, a partir de conceitos que se relacionam à pedagogia crítica, aproximando o estudante dos problemas reais da sociedade (Brasil, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) estabelecem uma estrutura curricular orientada por competência, além do uso de Métodos de Aprendizagem Ativa centrada no estudante, sugerindo ainda a diversificação de cenários de aprendizagem (Tsuji, Aguilar-da-Silva, 2010). Atrelada à essa ótica, ainda no contexto da formação de profissionais da saúde, o Ministério da Saúde propõe as metodologias de aprendizagem ativa na formação dos profissionais (Conterno; Lopes, 2013).

A Aprendizagem Baseada em Problemas, (em inglês, *Problem Based-Learning*) consiste em um processo de aprendizagem centrada no estudante, onde o mesmo adquire a capacidade de gerenciar sua autoaprendizagem, objetivando o protagonismo do mesmo no processo de ensino e aprendizagem (Tsuji, Aguilar-da-Silva, 2010). Nessa estratégia de aprendizagem ativa, o docente apresenta um problema contextualizado com as necessidades de saúde da atual sociedade, ou elaborado por professores considerados *expertises* na área do conhecimento, com temáticas relevantes que viabilizam ao estudante condições e ferramentas para atuarem no cenário profissional (Macedo *et al.*, 2018). Os problemas propostos e discutidos nos espaços educacionais objetivam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais, gerando motivação prática intensa e estímulo cognitivo para desenvolverem as reflexões necessárias à busca de escolhas adequadas e soluções criativas, aproximando-se das ideias educativas propostas por Dewey.

A Aprendizagem Baseada em Problemas se insere na perspectiva construtivista, afirmando que o conhecimento é produzido a partir das relações entre sujeito e mundo (Dewey, 1959; Siqueira-Batista, Siqueira-Batista, 2009). Nesse contexto, os problemas devem refletir o cotidiano da prática profissional, ofertando espaços para reflexões contextualizadas sobre diferentes temáticas, além da seleção de recursos educacionais, busca de informações, avaliação crítica e sua aplicação (Komatsu; Zanolli; Lima, 1998).

Diante do exposto, a partir das ideias de Medeiros, Higa e Castro (2021) a partir dos pressupostos das metodologias de aprendizagem ativa, é possível afirmar que a Aprendizagem Baseada em Problemas contempla os seguintes aspectos:

“Aprendizagem significativa, onde o estudante pode relacionar os aspectos teórico-práticos do processo de aprendizagem aos seus conhecimentos prévios, onde, a partir do surgimento de problemas, o mesmo irá trabalhar por meio de um raciocínio analítico e crítico, conduzindo o educando à transcender suas vivências baseadas em conhecimentos prévios, ampliando suas possibilidades de conhecimento; indissociabilidade entre teoria e prática, que ocorre na medida em que os problemas são elaborados a partir de vivências cotidianas, o que possibilita o desenvolvimento de características relacionadas a aspectos cognitivo e habilidades diversas, levando o educando à adquirir capacidade para solucionar problemas concretos do mundo da vida; respeito à autonomia do estudante, pressupõe que o estudante possui capacidade de autogovernar, no sentido de definir os rumos da vida, desde que possa ser considerada cognitiva e moralmente competente”.

Além disso, nessa estratégia de aprendizagem, o estudante possui corresponsabilidade por sua formação, sendo este fato considerado de grande relevância visando a preparação para a vida profissional (Freire, 1996; Costa, Siqueira-Batista, 2003), além dos trabalhos em pequenos grupos, que se caracteriza principalmente pela realização de grupos tutoriais, compostos por oito a dez estudantes e mais um tutor/facilitador. Essa vertente possui grande relevância para o desenvolvimento de aspectos relacionados à habilidades de cooperação, fator indispensável para o trabalho em equipe. Ao se inserir nesse contexto de aprendizagem, o aluno aprende a pensar, a reconhecer lacunas de conhecimentos, formular perguntas estruturadas, a realizar busca de informações necessárias para responder as dúvidas em diferentes fontes de pesquisa, além da capacidade de análise de trabalhos científicos quanto à validade, aplicabilidade e importância (Tsuji, Aguilar-da-Silva, 2010).

O currículo, na maioria das escolas de Ensino Superior em saúde no país, é organizado no sentido em que a teoria precede a prática. De forma geral, trata-se de aulas teóricas ministradas por um professor, para grandes grupos de estudantes. Os conteúdos dessas disciplinas são oferecidos de forma fragmentada, sem a preocupação de se articular com outras disciplinas, sendo o professor o protagonista principal, que seleciona o conteúdo a ser ofertado de acordo com suas convicções, e os estudantes, vistos como garrafas ou receptáculos vazios. Sobre isso:

O professor tem a responsabilidade de preenchê-las, pois ele é quem sabe o que é ou não importante. Isso dificulta o entendimento da importância dessas matérias pelo estudante. Independentemente do desejo ou necessidade, os estudantes engolem a matéria, regurgitam

nas provas e tratam de esquecê-las em seguida (Tsuji; Aguilar-da-Silva, 2010).

Diante disso, segundo o preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, o currículo dessas escolas deve ser integrado e orientado por competências profissionais. Assim, os estudantes são inseridos desde o início nos cenários de prática, sendo orientados a desenvolver tarefas de acordo com o ano em que se encontram. Portanto, os estudantes buscam as informações das disciplinas de que necessitam para sanar suas dúvidas, sempre pautados na integração entre as ciências básicas e clínicas (Tsuji; Aguilar-da-Silva, 2010).

Dessa forma, torna-se possível a interrupção do ciclo da fragmentação e do reducionismo característicos do ensino tradicional, ao mesmo tempo em que se facilita a integração ensino-serviço e a perspectiva interdisciplinar, corroborando para uma aprendizagem significativa (Feuwerker; Sena, 2002; Oliveira; Koifman, 2004). Vale, então, a reflexão acerca do processo de aquisição de conhecimento a partir das raízes teóricas e filosóficas das estratégias de metodologias de aprendizagem ativa. Nelas, o ato de aprender deve ser, portanto, um processo reconstrutivo, que possibilite o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, proporcionando a oportunidade de ressignificar e reconstruir, contribuindo para sua utilização em diferentes situações (Demo, 2004).

O PBL, então, proporciona aos atores envolvidos no processo educacional, tanto tutor quanto estudante, aspectos relevantes para o processo de construção e aquisição de conhecimento, o que significa ressaltar quatro deles: educação construtiva, aprendizagem em um contexto relevante, aprendizagem coletiva e educação autodirigida.

**Educação construtiva:** Nessa estratégia metodológica, o aprendizado deve ser um processo ativo, no qual você adquire conhecimento a partir de suas experiências e interações com seu contexto social. O estudante é encorajado a pensar sobre o que já sabe e aprende a integrar novas informações a esse conhecimento prévio, auxiliando-o na compreensão do assunto, formar opiniões fundamentadas e na aquisição de novos conhecimentos, contrapondo-se ao aprendizado mecânico.

**Aprendizagem em um contexto relevante:** O estudante estuda casos relevantes, condizentes com a sociedade atual, sejam simulações da prática profissional, temas debatidos em comunidades científicas ou outros problemas que requerem uma

abordagem acadêmica. Ao ser confrontado com esses problemas, o estudante aprende a manejar uma ampla variedade de tópicos, além da importância da integração entre teoria e prática.

**Aprendizagem coletiva:** O estudante é incentivado a aprender e discutir com outras pessoas, de forma coletiva. Ao trocar ideias com seus colegas e fornecer feedback uns aos outros, o estudante passa a compreender de forma mais clara o assunto. Nessa perspectiva, a aprendizagem não se configura como um processo individual, e sim coletiva, em que, por meio de um movimento grupal, seja possível compartilhar responsabilidades.

**Educação autodirigida:** O próprio estudante gerencia seu aprendizado, planejando, monitorando e avaliando, atuando como uma espécie de força motriz. À medida que os conteúdos são compreendidos, o estudante aprende a direcionar seu próprio processo de aprendizagem de forma motivadora e eficaz, contribuindo para um aprendizado que perdure o resto da vida (Medeiros; Higa; Castro, 2021).

Os espaços tutoriais consistem em atividades realizadas em pequenos grupos, também chamadas de tutorias. Nesses espaços, por meio de sessões tutoriais, são apresentadas situações problemas oriundos de pacientes reais, por meio da aprendizagem do contexto das diferentes disciplinas no contexto em que os estudantes irão vivenciar na vida profissional. O conteúdo das diferentes disciplinas é abordado com o intuito de sanar as lacunas de conhecimento dos estudantes, auxiliando-os na resolução dos problemas, tornando a aprendizagem mais significativa (Medeiros; Higa; Castro, 2021).

Nesse contexto, o elemento disparador é a curiosidade e os conhecimentos prévios do estudante, e não o tema pré-definido pelo professor. Os pequenos grupos geralmente são compostos por oito estudantes e um tutor (Tsuji; Aguilar-da-Silva, 2010), configurando-se como espaços potentes para o desenvolvimento de habilidades de fazer e receber críticas (Cyrino, Toralles-Pereira, 2004);

O tutor, ou facilitador, atua de forma mediadora do processo de aprendizagem. Como competências, deve conhecer os fundamentos do método ativo, seu papel, os passos tutoriais, o desenvolvimento e a aplicação da técnica no contexto dos pequenos grupos. O tutor não precisa ser especialista no problema abordado. Ele utiliza um problema para iniciar o processo de aprendizagem, com o objetivo de direcionar, motivar e focar o estudante (Tsuji; Aguilar-da-Silva, 2010).

Ao receber o problema a ser discutido em tutoria, é necessário que o tutor tenha clareza dos possíveis objetivos de aprendizagem previstos pelo grupo responsável pela construção do problema. Em algumas instituições de ensino, utiliza-se o guia do tutor, disponibilizado ao professor para orientá-lo durante o processo tutorial (Tsuji, Aguilar-da-Silva, 2010).

Nessa estratégia metodológica, o tutor, ao atuar na mediação do conhecimento do estudante, estimula o mesmo a construir seus conhecimentos de maneira ativa, encontrando caminhos para aprender, atrelando informações extraídas de diferentes bases de dados (Moraes; Manzini, 2006). Vale ressaltar que esta abordagem também lhe traz vantagens, pois diversas vezes o próprio professor aprende ao longo do curso (Medeiros; Higa; Castro, 2021; Tsuji; Aguilar-da-Silva, 2010).

Portanto, ao contrário dos modelos tradicionais de ensino, as metodologias de aprendizagem ativa, na perspectiva construtivista, situam o professor no papel de provocador do raciocínio do aluno, no intuito de ofertar interações ativas que levem o aluno a uma aprendizagem significativa, na ótica de Ausubel. Assim, o aluno utiliza diferentes processos mentais, como capacidade de levantar hipóteses, comparar, analisar, interpretar e avaliar, desenvolvendo a capacidade de assumir responsabilidade em seu processo de formação (Cunha *et al.*, 2001).

No contexto do ensino da FAMEMA, em específico na UES, Unidade onde se trabalha de forma conjunta os dois primeiros anos dos cursos de Medicina e Enfermagem, o disparador da aprendizagem é uma representação da realidade expressa em situações-problema, onde o processo de aprendizagem ocorre, fundamentalmente, a partir dos conhecimentos prévios do estudante, da identificação das suas necessidades de aprendizagem e do desenvolvimento da capacidade de crítica em relação aos conhecimentos existentes, construindo uma nova síntese que possa ser aplicada a outras situações. No método da Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) recomenda-se a seguinte sequência dos seguintes passos:

**Passo 1:** Leitura do Problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos - É o momento em que os participantes tomam ciência dos dados do problema. Isso pode ser feito pela leitura individual e/ou grupal, identificando palavras ou termos cujos significados lhes sejam desconhecidos;

**Passo 2:** Identificação dos problemas propostos - Momento em que se verifica se os estudantes identificaram os dados do problema, condição indispensável para etapas

posteriores da tutoria. É realizado por meio da manifestação dos estudantes sobre entendimento e interpretação dos dados do problema;

**Passo 3:** Formulação de hipóteses (“*brainstorming*”) – É o momento em que todos devem expressar as suas ideias sobre o problema sem a preocupação com certo ou errado (*brainstorming*), levantando hipóteses;

**Passo 4:** Resumo das hipóteses – Consiste na confirmação ou exclusão das ideias/hipóteses identificadas, utilizando as experiências e os conhecimentos prévios. Os elementos que faltarem para confirmar ou excluir essas ideias/hipóteses constituem as lacunas de conhecimentos ou dúvidas.

**Passo 5:** Formulação de questões de aprendizagem - Neste passo, elaboram-se as questões de aprendizagem, baseadas nas lacunas de conhecimento individual e/ou do grupo e orientados para o alcance dos objetivos de aprendizagem. Discute-se, ainda, a estratégia de busca das respostas;

**Passo 6:** Estudo individual das questões de aprendizagem – Busca das respostas às questões elaboradas, utilizando recursos de aprendizagem confiáveis, tais como livros, periódicos, consultas às bases de dados *Medline*, *Lilacs*, *Scielo*, Bireme e outras, programas interativos multimídia, entrevistas com professores, profissionais ou usuários do serviço de saúde, vídeos, *slides*, laboratórios, serviços de saúde, comunidade, ou seja, as fontes ou recursos que possibilitem a resolução do problema, tendo em vista os objetivos de aprendizagem;

**Passo 7:** Rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos – Síntese dos saberes prévios e novos em relação ao problema. Ao compartilhar os resultados do estudo individual no Grupo, o estudante deve mencionar a fonte, título do artigo, o periódico, nome do livro, edição, capítulo e nome dos autores. Essa atividade proporciona o desenvolvimento da capacidade de síntese, de comunicação clara e objetiva, de argumentação, de fazer e de receber críticas, além de princípios de ética, liderança e aplicação dos recursos adquiridos na realização das tarefas/objetivos propostos para a série, podendo ser aplicados em outra situação problema. Devem ser reconhecidos os aspectos que não foram adequadamente explorados para incursões complementares de modo que os objetivos de aprendizagem sejam alcançados (FAMEMA, 2025).

Espera-se que o estudante seja capaz de entender os segmentos que compreendem corpo humano e o funcionamento dos diversos sistemas contidos em cada segmento. Compreender como esses sistemas se inter-relacionam para a manutenção da

homeostase. Ao compreendê-la, os alunos poderão caracterizar os mecanismos e prevenção das principais alterações dos sistemas orgânicos e como eles são influenciados por fatores ambientais, socioeconômicos, psicológicos e espirituais.

A avaliação do processo de ensino e aprendizagem ocorre ao final de cada sessão em grupo, e é importante que seja aberto espaço para reflexão e avaliação do processo de trabalho, feito na forma de autoavaliação, avaliação dos colegas e do tutor/facilitador. Cada membro do grupo deve ter espaço para sua avaliação sem interrupções ou réplicas. O ambiente precisa ser de respeito e cooperação, em busca do melhor funcionamento do grupo e melhor aproveitamento de cada um dos membros. Esse momento permite sanar disfunções e dificuldades de relacionamento surgidas no grupo ao longo do processo. O ato de avaliar favorece o desenvolvimento das capacidades de observar, pensar, refletir, sintetizar, comunicar, fazer e receber críticas (FAMEMA, 2025).

No método da ABP, cada grupo, em geral de oito estudantes, conta com um tutor cujo papel é o de facilitador do processo de ensino e aprendizagem. Esse processo de trabalho é denominado de “sessão de tutoria”. A constituição do grupo é uma oportunidade para exercitar o trabalho em equipe, a comunicação, a avaliação e a responsabilidade (FAMEMA, 2025).

Ainda no contexto avaliativo, é importante que os atores envolvam todos os aspectos do processo educacional (estudantes, docentes, materiais utilizados, resultado). Nesse processo, leva-se em conta a importância da autoavaliação, com base na capacidade crítica, por meio de um contínuo movimento de reflexão sobre a prática. Essa modalidade de avaliação consiste nos seguintes aspectos: Autoavaliação do estudante, avaliação recíproca entre pares, onde os estudantes avaliam o desempenho de todos os outros estudantes e avaliação do estudante pelo tutor. Essas ações, associadas à avaliação das habilidades e atitudes do educando, permitem controlar o processo de formação do estudante, com intuito de contemplar os objetivos educacionais propostos (FAMEMA, 2024).

De fato, os passos respeitar os passos tutoriais são de suma importância para o desenvolvimento curricular, constituindo-se como eixo do processo de ensino e aprendizagem. Porém, vale ressaltar que os problemas apresentados aos estudantes são cruciais para que eles possam discutir as articulações das dimensões biopsicossociais. Tal fato chama a atenção devido a importância de se desenvolver uma ótica ampliada do ser humano, para além das necessidades biológicas, alcançando também suas lacunas

psicológicas e sociais. É comum que os problemas não contemplem esses aspectos. Nesse caso, faz-se necessário que os atores envolvidos no processo de aprendizagem tenham a clara concepção do ser humano como um movimento de interação entre mente e corpo, com o meio ambiente, para que seja possível alcançar a ótica da integralidade como um todo (Tsuji, Aguilar-da-Silva, 2010).

A seguir, um modelo de situação problema utilizado na Faculdade de Medicina de Marília, uma instituição de ensino superior do interior do estado de São Paulo, que desde 1997 se propôs a reestruturar o currículo dos cursos médico, sendo considerada pioneira na aplicação do PBL na América Latina (Moraes; Manzini, 2006).

Por fim, entendemos ser pertinente retomar questões norteadoras do presente livro: A necessidade de melhor compreensão das metodologias de aprendizagem ativa, a importância de sua correta execução, além da necessidade de se respeitar todos os passos tutoriais, no que tange ao contexto do PBL. Entendemos que um dos caminhos para se reduzir de forma gradativa a banalização das metodologias de aprendizagem ativa é a apropriação de conceitos, técnicas e formas de aplicação relacionadas a ela.

Outra estratégia de aprendizagem utilizada com frequência dentro das Metodologias de aprendizagem ativa é a Metodologia da Problematização. Muito mais antiga do que se pensa, a Metodologia da Problematização passou por Sócrates. Por meio da *maieutica*, Sócrates apresentava-se como um homem que “nada sabe”, e interrogava sem cessar os atenienses. Além dele, o Senhor Jesus, o Nazareno, costumava ensinar seus discípulos por meio de situações problematizadoras. A exemplo, a parábola do bom samaritano (Berbel, 1998).

Inicialmente, a Metodologia da Problematização foi proposta, por Bordenave e Pereira e seu ponto de partida baseia-se nas ideias de Freire, uma vez que leva em conta a realidade do estudante, sua experiência e conhecimentos prévios (Berbel, 1999). Essa metodologia permite uma prática educativa participativa, direcionada tanto a população, na educação em saúde, como aos profissionais, como forma de educação continuada. Nela, a educação é uma atividade em que os professores e estudantes são mediados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, alcançando um adequado nível de conhecimento dessa realidade, possibilitando, posteriormente, atuarem nela, tornando possível a transformação social (Tsuji, Aguilar-da-Silva, 2010).

O Processo de ensino e aprendizagem, na Metodologia da Problematização, é realizado na forma de trabalho educativo, por meio de grupos de discussão. Nesse contexto, o professor se encontra no mesmo nível de importância quando comparado

aos estudantes, considerando seu papel de mediar, incentivar e facilitar a discussão, caracterizando um ambiente dialógico entre os atores envolvidos no processo de aprendizagem- professor e estudante. Nesse contexto, vale destacar, a aprendizagem ocorre por meio de uma ação motivada, da codificação de uma situação problema. Aprender é um ato de conhecimento da situação real vivida pelo estudante, que ocorre por meio de uma aproximação crítica dessa realidade. O que é aprendido não ocorre por meio da memorização, mas por meio do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, crítica e reflexão (Libâneo, 1983).

A Metodologia da Problematização, como todo método, caminha por etapas distintas e a partir de um problema detectado na realidade. Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Seu principal objetivo é preparar o estudante para compreender de forma ampla seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem (Berbel, 1998).

A Metodologia da Problematização utiliza-se de um esquema elaborado pelo francês Charles Maguerez, conhecido como o Arco de Maguerez. Nos anos de 1970, Charles Maguerez responsabilizou-se em ensinar adultos que advinham do continente africano em busca de emprego. O ensino consistia em temáticas relacionadas à língua e cultura do país. Porém, não era possível o aprendizado por meio de aulas expositivas, pois os imigrantes africanos não compreendiam o idioma francês. Atrelado a isso, tornava-se inviável a aplicação de qualquer outra estratégia de pesquisa e conhecimento, pois os imigrantes africanos eram analfabetos (Berbel, 1998).

Diante desse contexto, Maguerez pensou em uma metodologia baseada no pensamento crítico e reflexivo dos imigrantes/ estudantes, em suas experiências de vida e conhecimentos empíricos. Formulou, a partir da realidade que o permeava, uma metodologia que se baseava não no “saber”, mas no “saber fazer”, partindo da prática de observar as necessidades da realidade para uma discussão que valorizava a experiência de cada um, para, posteriormente, atingir uma proposta de resolução de problemas. A partir daí, foi criado por Charles Maguerez o Arco de Maguerez (Berbel, 1998).

Vale destacar o estudo realizado por Neusí Berbel e Sílvia Gamboa (2012), sobre o Arco de Maguerez, que estrutura o Arco de Maguerez a partir de três versões anteriores. A primeira versão, criada por Charles Maguerez (1966), estava associada

com a pedagogia produtivista, por possuir como característica principal a necessidade de transferência de tecnologia por trabalhadores locais de países em desenvolvimento; a pedagogia corporativa, por se basear em uma educação voltada para o treinamento do trabalhador que irá atuar no mercado de trabalho; a pedagogia construtivista de Piaget, pela preocupação em conhecer e em descobrir como ativar os esquemas de pensamentos dos grupos adultos e pela preocupação em utilizar material concreto para favorecer a aprendizagem e, por fim, a pedagogia tradicional, associada pelo planejamento e tida como eixo estruturante do programa de ensino, além da insistência na importância da sequência pedagógica simbolizada pelo arco.

Na segunda versão, formulada por Bordenave e Pereira (2004), o Arco de Maguerez foi associado à pedagogia libertadora, devido às declarações dos autores que sustentam um modelo de ensino que se opõe ao tradicional ensino bancário; à concepção dialética, pois, segundo Bordenave, a educação problematizadora encontra fundamentação epistemológica na perspectiva dialética; e, por fim, à pedagogia construtivista, com base em Piaget, em que sujeito e meio interagem transformando-se reciprocamente.

Na terceira versão, estruturada por Berbel, associa-se à pedagogia construtivista, movimento da escola nova, por consistir em um caminho em que a construção do conhecimento parte do estudante e pelo estímulo à ação do estudante durante todo o processo; à concepção dialética, a partir da qual se extraiu a concepção de práxis, termo "impregnado" no Arco de Maguerez; à pedagogia libertadora, na qual se encontram várias características da Metodologia da Problematização; e à pedagogia de perguntas e respostas, na perspectiva crítico-dialética, onde se inicia com a problematização e com um olhar crítico da realidade, e a curiosidade e a dúvida tornam-se o ponto de partida do conhecimento da realidade (Berbel, 1998).

De fato, passar pelo Arco de Maguerez requer uma verdadeira metodologia de trabalho, uma postura crítica, reflexiva e comprometida politicamente em relação ao mundo. Diante disso, analisando o percurso de construção do Arco de Maguerez a partir das três versões, percebe-se que a primeira versão, marcada pela pedagogia tradicional, cedeu espaço para uma pedagogia renovada que, por sua vez, associou-se a traços de outras visões de mundo, como a versão libertadora e a dialética, presentes na segunda e terceira versões. Isso, de fato, contribuiu para uma estruturação concisa do Arco de Maguerez, onde o ensino oferece espaço aos estudantes, dando-lhes autonomia, sendo o diálogo componente essencial nessa metodologia, possibilitando, diante do rigor em

seguir os passos do método, propor mudanças na prática. O Arco de Maguerez, utilizado por Berbel a partir de Bordenave e Pereira, consiste em cinco etapas: Observação da realidade, Identificação dos pontos-chave, Teorização, Hipóteses de solução e Aplicação à realidade, conforme ilustra a figura 73, a seguir:

Figura 73: Arco de Maguerez



Fonte: Berbel, 1999

Outra metodologia adotada na FAMEMA, cuja a adoção foi impulsionada por especificidades de sua trajetória histórica, entre 1967 a 1997, é o *Team-Based Learning* (TBL), ou Aprendizagem Baseada em Times. O TBL foi desenvolvido na década de 1970, por Larry K. Michaelsen, sendo o ponto de partida uma aula ministrada por Michaelsen para uma turma de 120 estudantes, na *Oklahoma University Business School*. Michaelsen, que até então era professor de pequenas turmas, com o intuito de se evitar aulas expositivas baseadas apenas em teoria, dividiu os 120 estudantes em pequenos grupos, estabelecendo a eles atividades sequenciais. Ao final do processo, constatou-se que a maioria dos estudantes havia se responsabilizado por sua própria aprendizagem e pela aprendizagem dos colegas de equipe. Além disso, como aspecto positivo, ressalta-se a quantidade de estudantes presentes no processo. A partir daí, Michaelsen atribuiu a essa metodologia o nome de *Team-Based Learning* (TBL)-Aprendizagem Baseada em Equipes (Michaelsen; Sweet, 2008).

O TBL, ou Aprendizagem Baseada em Times, consiste em uma metodologia que utiliza como importante vertente o trabalho em pequenos grupos. Esses grupos são descritos de formas diversas, como grupos de aprendizagem, aprendizagem colaborativa e aprendizagem em equipe. Embora se utilize terminologias distintas, a ideia central é a

mesma: trabalhar com os estudantes em pequenos grupos com o objetivo de se desenvolver uma aprendizagem mais ativa e eficaz. A nível docente, o TBL oferta ferramentas extremamente poderosas para se desenvolver competências. Porém, para se obter Êxito, é necessário compreender alguns princípios-chave e, posteriormente, saber como aplica-los (Michaelson; Knight; Fink, 2002).

O TBL mobiliza habilidades de pensamento crítico, incentivando movimentos reflexivos em sala de aula, por meio do diálogo e de debates, requerendo também o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação (Michaelson; Knight, Fink, 2002).

No TBL, recomenda-se que os times consistam entre cinco e sete estudantes, e que permaneçam juntos durante todo o semestre. O trabalho em grupo, aliás, deve ser responsável por uma parte significativa da nota. Além disso, deve ser fornecido feedback imediato, para que os times possam discutir os resultados e problemas, considerando que o conteúdo ainda é recente e facilita uma discussão adequada (Kondyli; Mcvey, 2019). A nível docente, o TBL oferta ferramentas extremamente poderosas para se desenvolver competências. Porém, para se obter Êxito, é necessário compreender alguns princípios-chave e, posteriormente, saber como aplica-los (Michaelson; Knight; Fink, 2002).

Considera-se ainda, como função do professor na estratégia TBL, a mediação e interação com os estudantes, atuando como facilitador do processo de aprendizagem, estimulando-os a desenvolverem habilidades, atitudes, representatividade, autonomia e comunicação (Oliveira; Lima; Rodrigues; Junior, 2018), além da formação dos times, etapa descrita de forma mais ampliada a seguir.

O processo de formação dos times é uma etapa essencial para o sucesso da estratégia TBL. Essa atribuição é de responsabilidade do professor. Sendo assim, é necessário rigor para que o processo transcorra sem qualquer tipo de viés. De forma geral, recomenda-se seguir os seguintes princípios:

- Os times não podem ser formados pelos alunos;
- É necessário criar times diversos;
- O processo de seleção deve ser transparente.

Portanto, ao se formar os times, é necessário alta diversidade entre os estudantes e ao mesmo tempo preservar características que os mantenham em consonância, visto que vínculos afetivos podem interferir na coesão (Michaelson; Knight; Fink, 2002). Em alguns casos, utiliza-se um questionário de dados e

informações pessoais, respondido pelos estudantes, para que o professor possa conhecer suas características, viabilizando a construção dos times (Souza; Kumode, 2019).

De forma geral, a compreensão sobre esse importante aspecto do TBL presume o pensamento que o time deve ser composto por estudantes que reúnam diferentes habilidades, personalidades e características, para que seja possível viabilizar uma discussão estruturada por uma diversidade de ideias, mas que também possibilite uma boa comunicação entre os membros do time, de forma que se crie um ambiente educacional colaborativo com o aprendizado individual e coletivo (Souza; Kumode, 2019).

A partir da formação dos times, é necessário que os integrantes do time compartilhem seus nomes e explorem o que cada um pode contribuir para a discussão. A partir do momento em que os estudantes compreendem que sua contribuição ao time é baseada no princípio da “distribuição da riqueza de recursos”, os mesmos passam a valorizar os membros de seu time a partir de suas perspectivas: a posição igualitária de cada membro no processo de aprendizagem e seu respectivo potencial, peculiar de cada estudante, para contribuir com as discussões.

Reitera-se a importância dessa etapa, considerando a ideia de que, na maioria das situações, os estudantes costumam sugerir o uso de times selecionados por eles próprios, o que, de acordo com estudiosos (Souza; Kumode, 2019), essa prática são muitas vezes apenas uma espécie de “entidades sociais”, ilustrando que os times selecionados pelos estudantes possuem baixo desempenho, quando comparados aos selecionados pelos professores.

Assim como outras estratégias de metodologias de aprendizagem ativa, o TBL ocorre a partir de um eixo organizacional, que consiste em três etapas, denominadas preparo, garantia do preparo e aplicação, explicadas a seguir:

**Preparo:** Essa etapa ocorre de forma prévia, fora da sala de aula. Trata-se da designação e tarefas ao estudante. Antes do início das aulas, os estudantes devem realizar uma atividade dirigida, com o intuito de contextualizá-los acerca da temática a ser discutida, além de servir como embasamento para as questões a serem exploradas, de forma individual e também coletiva, por meio dos times (Parmelee; Michaelsen, 2012). Podem ser atividades como ler um livro, um artigo, fazer uma entrevista ou assistir um vídeo. Essa atividade realizada de forma prévia funciona como guia e não deve ser extensa (Krug *et al.*, 2016). Além disso, o preparo prévio da atividade estimula o estudante a desenvolver maior maturidade e responsabilidade no que tange ao seu

conhecimento. Vale a ressaltar de que esse preparo será conferido na próxima fase do ciclo, já na sala de aula (Limberger; 2013; Thompson *et al.*, 2007; Farland *et al.*, 2013).

**Garantia do preparo:** Essa etapa ocorre dentro da sala de aula. Ocorre novamente a realização de um teste, inicialmente de forma individual, e depois em equipe, seguida por feedback, apelação e breve apresentação do professor. O tempo para realização dessa etapa deve ser entre 30 e 60 minutos. Essa etapa possui cinco objetivos principais: abrangência do conteúdo, desenvolvimento dos times, valorização de múltiplas fontes, desenvolvimento de habilidades de estudo e otimização do tempo em sala de aula. O intuito desse processo é estimular a aprendizagem entre pares, assim como o feedback de forma individual e coletiva. Espera-se, com isso, que os estudantes tenham responsabilidade com o estudo prévio, haja vista que esse compromisso permitirá uma contribuição efetiva para o time (Farland *et al.*, 2013; Krug *et al.*, 2016).

O teste, inicialmente, foi chamado por Michaelsen de *Readiness Assessment Test* (RAT), foi alterado para *Readiness Assurance Test* (RAT), que significa Teste de Garantia de Preparo. Esse teste, na prática, deve utilizar um tempo curto da aula, e se relacionar com o preparo realizado fora da sala de aula. Deve conter de 10 a 20 questões múltipla escolha (Parmelee; Michaelsen, 2012), que devem ser elaboradas com o intuito de garantir que os estudantes tenham se preparado adequadamente para, posteriormente, aplicar o conhecimento adquirido como intuito de solucionar problemas práticos e tarefas complexas durante as atividades em equipe. Isso justifica a necessidade de as questões incluírem conceitos principais do material estudado, além de um certo grau de dificuldade, para viabilizar uma posterior discussão entre os times (Michaelsen; Sweet, 2008).

Inicialmente, o estudante realiza o *iRAT* (Teste Individual de Garantia de Preparo) e, após o término, entrega o gabarito ao professor. Em seguida, realiza o TeGP, ou tRAT (Teste em Equipe de Garantia de Preparo), onde os membros da equipe expõem suas ideias e justificam suas respostas, afim de chegarem a um consenso sobre a resposta correta (Krug *et al.*, 2016; Michaelsen; Sweet, 2008).

Todo esse processo estimula os estudantes a desenvolverem habilidades de comunicação, negociação e compartilhamento do conhecimento adquirido, evidenciando as potencialidades e fragilidades individuais, além de conscientizá-los sobre como ampliar sua participação no trabalho em equipe (Michaelsen; Sweet, 2008).

Em geral, o gabarito formulado pelo professor, coberto por etiquetas, que podem ser retiradas por um material raspado, onde a resposta correta aparecerá com uma marcação (geralmente por uma estrela), viabilizando assim, um feedback imediato para os times. Caso o time não tenha escolhido a resposta correta, seus membros podem realizar uma nova discussão e decidir por uma nova resposta, retirando outra etiqueta e raspando uma nova opção. Nesse processo, a pontuação da equipe diminui à medida em que mais etiquetas forem retiradas (Krug *et al.*, 2016).

Ao final, compara-se os resultados do teste individual com o teste dos times, com o objetivo de destacar o valor do conhecimento do outro, além da possibilidade de construção coletiva de conhecimento. Ao fim do teste, o professor inicia uma discussão com os times sobre as respostas das questões, de maneira que os times possam comparar suas respostas com as das outras equipes. Após, o professor recolhe a folha de gabarito. Inicia-se então o momento denominado de “apelação”, onde ocorrem espaços para a dúvidas, discussão das associações e explicações realizadas pelos times e a possibilidade de argumentação e fundamentação de cada escolha, com o intuito de melhorar a compreensão do conteúdo estudado e a resolução de problemas no cenário prático (Michaelsen; Sweet, 2008).

Ressalta-se que, nesta etapa, os membros da equipe fundamentam suas apelações com base em literaturas da temática abordada, baseada em evidências científicas, apresentando ao professor de forma escrita. Se o professor considerar a resposta como correta após a justificativa, apenas o time que argumentou receberá o ponto da questão. Esse momento proporciona aos estudantes senso de justiça, além de incentivar a participação coletiva de todos os membros do time no processo de aprendizagem (Parmelee; Michaelsen, 2012).

Ao fim desta etapa, o professor consegue ter uma visão ampla acerca dos conceitos que a turma já adquiriu e aqueles que necessitam de maior esclarecimento, realizando uma síntese geral com o objetivo de solucionar essas lacunas (Krug *et al.*, 2016).

A FAMEMA percorreu diferentes caminhos para a implantação de um novo currículo nos cursos de Medicina e Enfermagem, em um processo de superação de obstáculos e reinvenção de suas práticas pedagógicas. Nesse movimento, diferentes atores participaram de forma perspicaz na construção de um currículo que contemplasse uma formação crítica, humanística e integral do aluno, capacitando-o para atuar nos

diferentes cenários de assistência a saúde, na oferta de cuidados pautados na perspectiva da clínica ampliada e na ótica biopsicossocial.

As principais estratégias utilizadas nas diferentes séries dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA são a Aprendizagem Baseada em Problemas, a Metodologia da Problematização, com aplicação do Ciclo Pedagógico e o *Team-Based Learning*. Em relação aos recursos estruturais, são trabalhados diferentes cenários com os alunos, como a Unidade Educacional Sistematizada, o Laboratório de Práticas Profissionais, Consultorias, Conferências, a Unidade Educacional Eletiva e o Internato Médico (FAMEMA, 2018).

Nessa premissa, a construção do novo currículo da FAMEMA, organizado em Unidades Educacionais, evidencia uma nova prática interdisciplinar. Todas as unidades educacionais refletem a atuação coletiva dos docentes, de diferentes disciplinas e de distintas formações, que desempenham o trabalho de elaboração dos objetivos da unidade, dos problemas educacionais, organização das atividades práticas e dos recursos de aprendizagem. A organização de recursos educacionais, especialmente os de autoaprendizagem como o Laboratório Morfo-Funcional, e o Laboratório de Informática, além da Biblioteca, também são essenciais às novas práticas de ensino e aprendizagem. Além disso, vale ressaltar que o trabalho dos próprios estudantes, enquanto monitores, é fundamental ao adequado desenvolvimento das atividades nestes locais.

Portanto, ao ingressarem na FAMEMA, os alunos experimentam uma outra forma de aprender, sem aulas, em que o professor tem a função de orientar, facilitar e ativar a discussão de problemas/temas, considerando os desempenhos esperados para cada série. O conhecimento a ser construído surge como necessidade do estudante, ao discutir as situações problema apresentadas nas tutorias e aquelas vivenciadas no cenário de prática, ou seja, a aprendizagem se concretiza com a participação ativa do estudante, exemplos da Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) e da Metodologia da Problematização.

A proposta central das Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem é a valorização dos conhecimentos prévios dos alunos, sujeitos ativos na construção do conhecimento, a partir de situações problematizadoras pautadas na realidade social. A presença do tutor/mediador experiente facilita o movimento de aprendizagem ativa, favorecendo a construção do perfil profissional do aluno a partir do que se preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina e Enfermagem.

As propostas pedagógicas ancoradas nas metodologias ativas possibilitam ao aluno o desenvolvimento de competências voltadas para a socialização, comunicação, argumentação, resolução de problemas, análise crítica dos diferentes contextos, juízo crítico, perfil pesquisador e problematizador, capaz de solucionar os diferentes problemas da sociedade atual, na perspectiva da integralidade do cuidado.

A integralidade contrapõe a necessidade de superação de práticas dicotomizadas entre o individual/coletivo, preventivo/curativo, e a separação dos campos da atenção primária, atenção hospitalar e do modelo biomédico. Dessa forma, busca-se a transformação do agir por meio da construção de práticas fundamentadas na interdisciplinaridade dos saberes. Ao utilizar o referencial das Necessidades de Saúde de Cecílio, os cursos da FAMEMA ilustram sua preocupação em perspectivar uma formação sólida, humanística e ampliada, pautada na ótica biopsicossocial da pessoa, contrapondo-se a modelos biomédicos de formação e assistência.

Ao analisar esse referencial, é possível refletir que, além da doença biológica propriamente dita, o ser humano como paciente, a partir de sua cultura, interações sociais e visão de mundo, pode apresentar múltiplas necessidades de saúde, onde a falta de vínculo com a equipe de saúde, a privação de autonomia para a realização das atividades básicas da vida diária ou a falta de acesso às diferentes tecnologias pode configurar-se como uma importante questão a ser resolvida, impactando diretamente no processo saúde-doença.

Sendo assim, a FAMEMA se consolidou, a partir da reforma dos currículos dos cursos de Medicina e Enfermagem, apoiada no referencial teórico das Necessidades de Saúde, como uma instituição de ensino que proporciona aos alunos condições para um processo de formação sólido, com competências para atuarem nos problemas da sociedade, desenvolvendo hábitos e práticas pautadas nos conceitos da integralidade do cuidado. Além disso, vale ressaltar que, ao unir os cursos de Medicina e Enfermagem nos dois primeiros anos, com as mesmas estratégias de ensino e aprendizagem e os mesmos critérios avaliativos, a FAMEMA mostra sua preocupação em integrar e valorizar a ótica multidisciplinar, contrapondo-se à visão contemporânea de profissão em saúde, pautada na hierarquização do profissional médico no topo e as demais profissões na sequência. Nesse sentido, os aspectos históricos da FAMEMA impulsionam reflexões sobre a formação médica na FAMEMA e no Brasil, que correspondam aos desafios da atual sociedade e de evidenciar possibilidades de que, nas escolas médicas, os processos de ensino constituam-se mediante o conhecimento e suas

apropriações como vias de mão dupla, considerando que se trata de espaço e tempo de professores e alunos.

Uma das perspectivas para a qualificação do ensino médico no Brasil, no âmbito das metodologias ativas é a capacitação dos docentes que estão inseridos nas instituições que utilizam essa estratégia de ensino e aprendizagem. A temática em questão mostra-se relevante e merece atenção, uma vez que os docentes do tempo presente percorreram seu processo de formação, em sua maioria, por meio de estratégias de ensino tradicionais, a partir de pedagogias transmissivas, em um contexto diferente, em uma realidade distante.

Também, ao compreender e analisar os aspectos históricos que caracterizaram a trajetória dos cursos da FAMEMA, entre 1967 e 1997, identificamos tendências relevantes na identidade dos cursos e nos eixos norteadores dos currículos médicos e de Enfermagem, os quais caracterizam o ensino desses cursos até o presente (2025).

Nesse momento, enfatiza-se a busca pela integralidade nas ações e intencionalidades dos sujeitos envolvidos nos diferentes espaços escolares, além da reestruturação curricular e consequente mudança das metodologias, na busca pela formação de profissionais críticos, reflexivos e com competências para resolverem problemas da sociedade moderna, a perspectiva da integralidade do cuidado.

Nesse sentido, umas das principais vertentes que passou a caracterizar o ensino nos cursos médicos, Enfermagem e Medicina na FAMEMA, perspectiva essa impulsionada por elementos da trajetória dessa faculdade, entre 1967 e 1997, foi o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), cujos elementos abordei a seguir.

### **6.1 O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)**

Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), surgiu da demanda das pessoas por um atendimento que contemplasse de maneira mais integral suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou às doenças. No modelo biomédico tradicional esses fatores tendem a ser pouco explorados. Os efeitos da relação médico-paciente ao longo da trajetória terapêutica eram pouco estudados e conhecidos. O MCCP veio a ser desenvolvido a partir de estudos sobre os atendimentos médicos e os motivos que levavam as pessoas a buscarem atendimento. O termo usado para designá-lo inicialmente foi o de Medicina Centrada na Pessoa, mas hoje em dia se reconhece que o método tem amplo potencial de aplicação pelos profissionais de saúde em geral,

independentemente de sua formação (Barbosa; Ribeiro, 2016; Stewart *et al.*, 2017). Os principais resultados deste método foram:

- maior satisfação das pessoas e médicos;
- melhora na aderência aos tratamentos;
- redução de preocupações e ansiedade;
- redução de sintomas;
- diminuição na utilização dos serviços de saúde;
- diminuição das queixas por má-prática;
- melhora na saúde mental;
- melhora na situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes (Barbosa; Ribeiro, 2016; Stewart *et al.*, 2017).

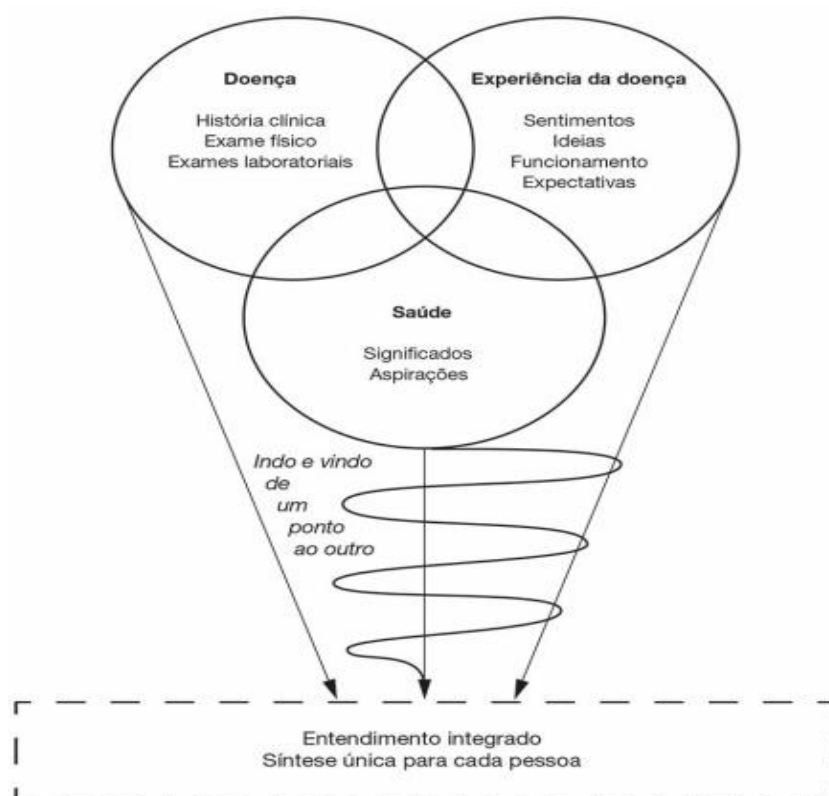
Essa proposta de cuidado pressupõe várias mudanças na mentalidade do médico. Primeiramente, a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa que busca cuidado é passiva não se sustenta nessa abordagem. Para ser centrado na pessoa, o médico precisa ser capaz de dar poder a ela, compartilhar o poder na relação, o que significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos dele. Esse é o imperativo moral da prática centrada na pessoa. Ao concretizar essa mudança de valores, o médico experimentará os novos direcionamentos que a relação pode assumir quando o poder é compartilhado. Além disso, manter uma posição sempre objetiva em relação às pessoas produz uma insensibilidade ao sofrimento humano que é inaceitável. Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro entre mente e corpo (Barbosa; Ribeiro, 2016; Stewart *et al.*, 2017).

Nesse método, a promoção da saúde realizada nas interações entre as pessoas e seus médicos inclui a exploração das percepções e da experiência de saúde da pessoa. Sua incorporação ao primeiro componente tem a vantagem adicional de deixar explícita aquela parte do diálogo entre a pessoa e o médico em que se discute a saúde e os aspectos fortes da pessoa. Além do foco explícito no funcionamento da pessoa, que sempre foi uma parte integral da experiência da doença (no modelo conceitual centrado na pessoa, as quatro dimensões da experiência da doença são: sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas), a atenção renovada à saúde (pontos fortes e resiliência) reforça o cuidado dispensado às pessoas ao longo de suas vidas. Alinha-se à literatura do campo da enfermagem que discute a promoção da saúde e a resiliência; à literatura sobre terapias ocupacional e física, que destaca os pontos fortes funcionais, e não

apenas os déficits funcionais; e, por fim, à nova literatura sobre a natureza da cura, que equilibra e integra o funcionamento, os pontos fortes e a doença da pessoa em uma única visão de cura (Cassell, 2013).

Como reflexo dessas considerações, o primeiro componente passa agora a chamar-se “Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença”. Da mesma forma, o diagrama que descreve o primeiro componente mudou e agora tem três círculos que se intersectam (um para a saúde, um para a doença e um para a experiência da doença). O mais importante é a parte inferior desse novo diagrama, que salienta a integração dos aspectos relevantes da saúde, da doença e da experiência da doença em uma síntese totalmente única para cada pessoa. Segundo a figura 74, a seguir, é possível ler elementos dessa ilustra a compreensão integrada, a partir de uma síntese única, do atendimento nesse método para cada pessoa.

Figura 74: Compreensão integrada no M CCP



Fonte: Stewart *et al.*, 2017

Pendleton *et al.* (2003) publicaram a primeira versão de seu livro em 1984, denominado “*The Consultation: a Approach to Learning and Teaching*”, e uma nova versão em 2006, “*The new consultation: developing doctor-patient communication*”. Eles destacam que é importante reconhecer que a manifestação corporal não motiva necessariamente o indivíduo a buscar atendimento médico. Isso ocorre quando a manifestação causa incômodo por sua presença ou pelas interpretações a seu respeito. Para o autor, é imprescindível entender claramente as razões que levaram a pessoa à consulta e desenvolver a entrevista na perspectiva do paciente, ou seja, tentando aprimorar a empatia (Barbosa; Ribeiro, 2016; Stewart *et al.*, 2017). O MCCP dá ênfase à importância de abordar na consulta três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas. Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico (Stewart *et al.*, 2017).

Para o primeiro componente, é imprescindível diferenciar a doença do adoecimento. A doença é uma construção teórica com base em observações objetivas que tentam explicar o problema, e o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, e é diferente para cada indivíduo. A doença e o adoecimento nem sempre coexistem, por exemplo, pessoas com doenças assintomáticas, como a hipertensão, nem sempre se sentem doentes, e pessoas entristecidas podem se sentir doentes, mas não têm doença alguma. Para Stewart, para abordar o adoecimento deve-se incluir na consulta a investigação de quatro principais aspectos (que podem ser lembrados com o mnemônico SIFE): a) os sentimentos do paciente diante da doença – tranquilidade, tristeza, raiva, culpa, medo; b) suas ideias em relação ao padecimento – relações causais, explicações místicas; c) as implicações em sua funcionalidade – no trabalho, nas atividades de vida diária; d) e suas expectativas – em relação ao tratamento, evolução, cura e papel do médico (Stewart *et al.*, 2010).

As pessoas em geral já formularam uma hipótese sobre seu problema antes de consultar o médico. Escutá-las sobre isso pode ser esclarecedor para certos diagnósticos, ajuda na decisão de quais estratégias clínicas serão mais eficazes, além do paciente se sentir ouvido e, assim, estreitar a relação médico-pessoa (Stewart *et al.*, 2010). No segundo componente, o médico deve buscar compreensão integral de seu paciente. Isso

inclui identificar o ciclo de vida em que se encontra, entender sua história de saúde pregressa (como o uso de medicamentos, comorbidades, internações, cirurgias), hábitos de vida (sua rotina, alimentação, sono, atividade física, tabagismo, etilismo), ocupação (funções desempenhadas, carga horária), religião ou crença espiritual, lazer ou atividades que lhe conferem prazer; além de suas relações interpessoais, amorosas, filhos, no trabalho. É importante também o entendimento do contexto em que a pessoa está inserida, no que diz respeito ao ambiente (rural, urbano, condições geográficas específicas, acesso a equipamentos sociais e de saúde), condições de moradia, com quem mora e o âmbito social, dinâmica familiar, os costumes locais e o momento econômico (Stewart *et al.*, 2010).

Deve-se tentar entender o que estar saudável ou estar doente significam para a pessoa e, para isso, contemplar, no atendimento, seus comportamentos, convicções e sentimentos, por vezes inconscientes. Nem sempre os elementos de uma consulta são aparentes de imediato, tornando a escuta qualificada o caminho de entender quais estratégias se fazem necessárias para atingir os objetivos da clínica (Stewart *et al.*, 2010).

Kasuya e Sakai (2013) sugerem que o médico deve ter a consciência e um olhar sensível para o impacto que a idade, orientação sexual, espiritualidade, nível socioeconômico, costumes culturais, relações familiares e ocupacionais podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e o tratamento de cada um de seus pacientes e que contribuem para o aparecimento, desenvolvimento e continuidade das doenças. Dessa forma, o conceito de “competência cultural” se mostra com especial importância ao propor a diminuição do abismo cultural entre o médico e a pessoa atendida. Envolve a compreensão do arranjo entre crenças, comportamentos, influências ambientais e socioeconômicas no modo de pensar e produzir saúde de cada sujeito. Consideram que, partindo da competência cultural como característica desejável do cuidado e que sua prática é passível de aprendizado, o MCCP adquire papel central, pois desenvolve técnicas que possibilitam a aquisição desse conhecimento (Landsberg; Claber; Pastor, 2012).

O terceiro componente do MCCP propõe que médico e paciente encontrem um terreno comum, ou seja, entrem em acordo com a agenda e as prioridades da consulta, as metas do cuidado e elaborem um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando nele os papéis assumidos por ambos. A escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências do paciente, único capaz de

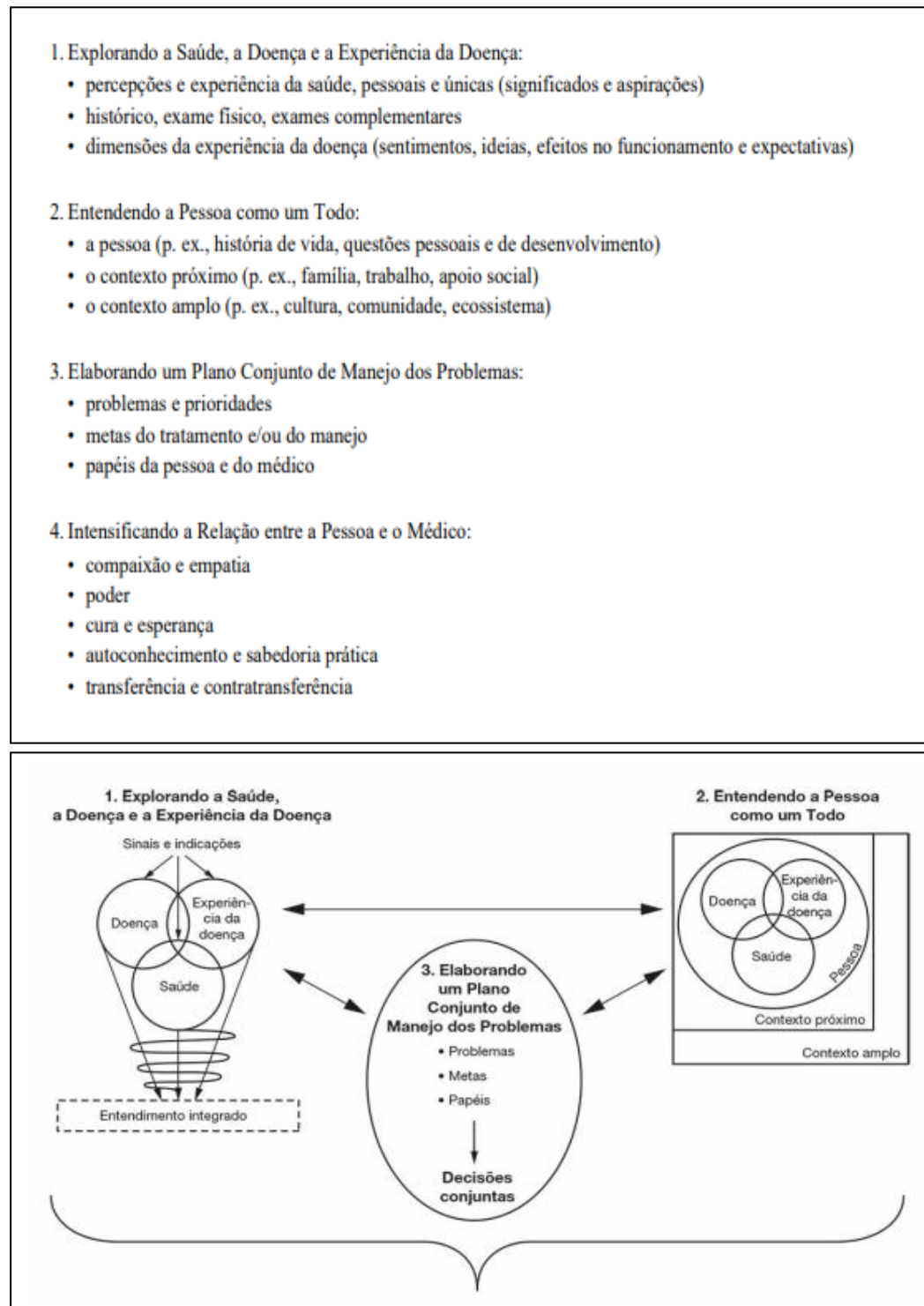
torná-lo efetivo (Rio *et al.*, 2016). Fornecer informações sobre as opções de cuidados, os benefícios e malefícios de cada opção, os resultados esperados relevantes e posteriormente ouvir a opinião e as impressões do paciente sobre o que foi exposto constitui uma estratégia de tomada de decisão compartilhada (Giguere, 2014).

Estudo de Rio (2016) mostrou que as variáveis “prestação de informações” e “escuta atenta” determinam eficácia e proatividade na consulta médica. Ou seja, são habilidades que incentivam os pacientes a não subestimarem seus conhecimentos e experiências pessoais e os implicam em um comportamento ativo no seu tratamento, tornando-o, assim, mais eficaz, principalmente quando se trata de orientações relacionadas a mudanças de hábitos de vida. Entre os motivos que fazem com que médicos não usem essas estratégias, o principal é a ausência de reconhecimento de que isso seja importante na assistência à saúde de seus pacientes, pois entendem que a indicação do tratamento e de demais condutas deve partir apenas do conhecimento médico (Rio *et al.*, 2016).

No quarto componente, Stewart ressalta a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal. Essa relação, considerados os fenômenos de transferência e contratransferência, deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico (Stewart *et al.*, 2010).

Em síntese, o quadro 6, a seguir, ilustra os quatro componentes clínicos do método clínico centrado na pessoa.

Quadro 6: Componentes interativos do método clínico centrado na pessoa



Stewart *et al.*, 2017

Os três primeiros componentes interativos englobam o processo entre a pessoa e o médico. O quarto componente trata da relação entre o médico e pessoa e forma as

bases sobre as quais as interações ocorrem. Apesar de os componentes serem usados para facilitar o ensino e a pesquisa, a prática clínica centrada na pessoa é um conceito holístico no qual os componentes interagem e se unem de forma única em cada encontro entre ambos.

A meta do primeiro componente do método clínico centrado na pessoa é explorar a doença e a percepção da pessoa sobre a saúde e a experiência da doença. Além de avaliar o processo da doença por meio da anamnese e do exame físico, o médico procura ativamente entrar no mundo da pessoa para entender suas percepções sobre saúde (significado para a pessoa, aspirações e metas de vida) e sua experiência única da doença: seus sentimentos em relação ao estar doente, suas ideias sobre a experiência da doença, como essa experiência está afetando seu funcionamento e, por último, o que espera de seu médico (Stewart *et al.*, 2017).

O segundo componente é a integração desses conceitos (saúde, doença e experiência da doença) buscando o entendimento da pessoa como um todo. Inclui a conscientização dos múltiplos aspectos da vida da pessoa, como sua personalidade, a história de seu desenvolvimento, as questões de seu ciclo de vida e os múltiplos contextos em que vive. A tarefa mútua da pessoa e do médico de elaborar um plano de manejo em comum, o terceiro componente do método, tem por foco três áreas-chave: a definição do problema, o estabelecimento de metas de tratamento e a identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico (Stewart *et al.*, 2017).

O quarto componente enfatiza que cada contato deve ser usado para desenvolver a relação entre a pessoa e o médico, incluindo a compaixão, a empatia, o compartilhamento do poder, a cura e a esperança. Para colocar essas habilidades em prática, é preciso consciência de si mesmo e sabedoria prática, bem como entendimento dos aspectos inconscientes da relação, como transferência e contratransferência (Stewart *et al.*, 2017).

Por muito tempo, seguindo o método clínico tradicional, os estudantes de Medicina foram ensinados a “não se envolver”, pois se acreditava que a distância protegia de emoções negativas. Estudos mais recentes mostram que não há como não ser afetado de alguma forma pelo encontro com o sofrimento do outro, mesmo quando o caminho seguido é a evitação ou negação e, pelo contrário, a falta de abertura e o distanciamento nas relações resultam em maiores angústias e frustrações para o médico (Stewart *et al.*, 2017).

Em suas edições anteriores, o método clínico proposto por Stewart contava com mais dois componentes que sugeriam um momento de abordar a prevenção e promoção de saúde do paciente na consulta e de pensar na viabilidade das propostas em relação a custo e tempo, denominado por ela de “sendo realista”. Tais aspectos foram incorporados nos quatro já descritos componentes, na sua edição mais recente de 2015. Atualmente, um arcabouço científico tem mostrado cada vez mais as vantagens na utilização do MCCP. Estudos baseados em evidência trouxeram quatro diretrizes para a comunicação entre pessoa e médico que comprovadamente resultam em melhores desfechos clínicos: informações claras fornecidas à pessoa; metas estabelecidas de comum acordo; papel ativo para a pessoa – para fazer perguntas, obter respostas e tomar decisões sobre o tratamento; e afeto positivo, empatia e apoio do médico (Stewart *et al.*, 2017).

Melhores desfechos também foram identificados quando há aumento do engajamento e parceria do paciente e da família em suas experiências de cuidados em saúde (DiGioia; Greenhouse, 2016). Pesquisas mostram que explicações fisiopatológicas e sobre a prescrição médica, por si sós, não garantem seguimento da orientação terapêutica e que a exploração das ideias e expectativas do paciente, explicações a respeito das orientações e a verificação do ponto de vista do paciente se associam ao aumento da adesão ao tratamento (Lassen, 2001).

A OMS e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA) entendem que o MCCP constitui um elemento importante na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer (Demarzo *et al.*, 2006). No Brasil, o processo de implementação do SUS nas últimas décadas trouxe reflexões a respeito dos limites e possibilidades de diferentes iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde. A formação médica realizada em cenários de prática diversos, incluindo as unidades básicas de saúde, onde, diferentemente do hospital, o modelo biomédico nem sempre se aplica de forma adequada e onde as atividades de educação e promoção de saúde no nível individual ou familiar são de grande importância, vai exigir dos estudantes outras ferramentas para a abordagem adequada da pessoa (Stewart *et al.*, 2017).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina (Brasil, 2014) estipulam o perfil do egresso em Medicina:

“[...] 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.”

As mesmas Diretrizes Curriculares (Brasil, 2014) pontuam que o projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina deve contribuir para a compreensão e difusão das culturas, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade. A pesquisadora Feuerwerker (2007) aponta que nesse campo há que se reconhecer a necessidade de novas “caixas de ferramentas” para a produção de conhecimento, levando em conta a implicação dos sujeitos – autores e atores dos processos em análise. Uma dessas “caixas de ferramentas” pode ser encontrada no MCCP, uma vez que busca o protagonismo dos sujeitos – médico e paciente – na cena do atendimento e enfatiza a comunicação entre eles.

Boudreau *et al.* (2007) ressaltam que, para formar médicos capacitados para a realização de consultas apoiadas nos pressupostos do modelo centrado na pessoa, é essencial construir com os alunos o conceito de indivíduo doente numa perspectiva indissociável entre doença e adoecimento desde o início da graduação. No entanto, esse cenário configura um desafio, pois pressupõe a implantação de estratégias de ensino efetivas que requerem integração e interrelação de todos os departamentos e disciplinas, em uma realidade na qual se encontram escolas médicas que, muitas vezes, têm a estrutura engessada pela organização flexneriana (Ballester *et al.*, 2010).

O MCCP também pode ser visto como componentes, em vez de tarefas, para evitar a interpretação de que o método seja uma técnica rígida e linear. A prática da medicina não pode ser reduzida a técnicas; está, na verdade, apoiada em uma forma de pensar sobre as tarefas clínicas da medicina, que precisam ser explicadas clara e pragmaticamente (White, 1988).

Epstein e colaboradores (1993) descreveram, compararam e mostraram as diferenças entre diversas abordagens para a comunicação entre a pessoa e o médico, entre as quais estão o modelo biopsicossocial (Frankel *et al.*, 2003), o modelo de três funções (Cole e Bird, 2009), a abordagem de sistemas de família nos cuidados à pessoa (Doherty; Baird, 1987; McDaniel *et al.*, 2005), o uso da autoconsciência do médico

(Balint, 1957) e o método clínico centrado na pessoa apresentado neste livro. Epstein e colaboradores (1993, p. 386) concluíram que, “teoricamente, a complementaridade das abordagens é mais forte do que suas diferenças”. Essas estruturas são semelhantes na sua tentativa de ampliar a abordagem médica convencional e incluir questões psicossociais, a família e o próprio médico no modelo de comunicação.

Dois outros modelos para aprimorar os cuidados médicos e a formação do médico ganharam importância na última década e podem ser comparados, demonstrando suas diferenças e semelhanças com o método clínico centrado na pessoa: a tomada de decisão compartilhada e a medicina narrativa. O princípio central do modelo de tomada de decisão compartilhada é que o poder deve ser mais igualitariamente compartilhado entre a pessoa que busca cuidado e o médico, com o que concordamos (Légaré *et al.*, 2003, 2010; Stiggelbout *et al.*, 2012). O modelo de tomada de decisão compartilhada e o método clínico centrado na pessoa se alinham de forma mais clara no terceiro componente, “Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas”.

As maiores diferenças entre essas abordagens estão em três aspectos. Primeiro, o método clínico centrado na pessoa enfatiza uma conexão emocional com a pessoa, o que vai além do compartilhamento de informações sobre experiências, crenças e valores. Segundo, destaca a necessidade de uma abordagem individualizada para cada pessoa e até mesmo para cada consulta com cada pessoa, usando sua estrutura apenas como um guia, enquanto sua principal exigência é que o caminho mostrado pela pessoa seja seguido. O modelo de tomada de decisão compartilhada, semelhante na tentativa de equilibrar formulismo e idiosincrasia, adotou uma abordagem mais padronizada. Além disso, sua meta é incrementar a tomada de decisão compartilhada. Terceiro, o método clínico centrado na pessoa busca integrar sua abordagem à prática clínica, sendo, por isso, chamado de método clínico.

A medicina narrativa, da mesma forma que o método clínico centrado na pessoa, destaca a história privada desta (primeiro e segundo componentes do método clínico centrado na pessoa), que se revela no contexto de uma relação contínua (Charon, 2006; Launer, 2002). As duas abordagens também procuram fazer o médico se sentir mais à vontade para ligar-se à pessoa emocionalmente. O uso da medicina narrativa no terceiro componente, “Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas”, é um processo de construção conjunta da história da pessoa conduzido por ela própria e pelo médico, de forma a promover tanto entendimento quanto mudanças. Uma diferença é

que a medicina narrativa se separa das tarefas da medicina convencional, em contraste com o método clínico, que tenta integrar o trabalho com as tarefas médicas.

Esses modelos, em geral, e o método clínico centrado na pessoa, em particular, se propõem a explicitar o que é implícito no cuidado à pessoa. Os modelos ajudam a esclarecer os conceitos básicos da comunicação, mas nunca capturam, de maneira completa, o que acontece na realidade. O conhecimento tácito do médico e da pessoa não é capturado pelos modelos, que são, por definição, simplificações. Stewart (2001, p. 445) afirmou que, apesar de os modelos servirem como auxílio para o ensino e a pesquisa, eles “não conseguem apreender o todo indivisível de uma relação cujo objetivo é a cura”.

Portando, a ideia do MCCP é estabelecer o paciente como o centro do cuidado, da pesquisa e da educação em saúde. A maioria das disciplinas médicas e profissões ligadas à área da saúde tem a capacidade de adaptar os princípios centrados na pessoa aqui expostos ao seu trabalho com esse público. Uma abordagem clínica, aprovada por todos os profissionais da saúde, não só beneficiará as pessoas doentes como também irá otimizar a continuidade nos serviços de saúde, fornecendo elementos de ligação para aproximar todos os participantes. Assim, os quatro componentes do MCCP (explorando a saúde, a doença e experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; e intensificando a relação entre a pessoa e o médico) se transformam em metas compartilhadas do cuidado.

Outro aspecto relevante do MCCP que ele procura transcender algumas das distinções e limitações inerentes ao modelo médico convencional – especificamente a dicotomia entre mente e corpo, arte e ciência, sentimento e pensamento, subjetivo e objetivo e conhecimento tácito e explícito.

Vale, portanto, ressaltar que os conceitos centrados na pessoa estão evoluindo, ao mesmo tempo que permanecem baseados nos princípios originais de 30 anos atrás. O método clínico está integrado com todas as atividades clínicas (cuidados agudos, cuidados crônicos e prevenção/promoção da saúde) englobadas pelos quatro componentes. No ritmo acelerado das mudanças no cuidado à saúde, podemos perder mais do que ganhamos em termos de modelos de cuidado que apoiam um método clínico centrado na pessoa. O decréscimo na continuidade do cuidado, o advento da tecnologia da informação no contexto clínico e o número crescente de diretrizes são exemplos de contextos que representam ameaças substanciais à centralização na pessoa.

Portanto, a adoção do referencial teórico do MCCP converge com a perspectiva futura da educação médica e dos futuros profissionais. Ao compreender e analisar os aspectos históricos que caracterizaram a trajetória dos cursos da FAMEMA, identificamos tendências relevantes na identidade dos cursos e nos eixos norteadores dos currículos médicos e de enfermagem. Neste momento, enfatiza-se a busca pela integralidade nas ações e intencionalidades dos sujeitos envolvidos nos diferentes espaços escolares, além da reestruturação curricular e consequente mudança das metodologias, na busca pela formação de profissionais críticos, reflexivos e com competências para resolverem problemas da sociedade moderna, a perspectiva da integralidade do cuidado.

Sendo assim, o MCCP, além das principais vertentes já mencionadas, possui importante potencial para aproximar o aluno e futuro profissional dos pacientes/usuários do sistema, além de humanizar as práticas assistenciais, na perspectiva da integralidade do cuidado, estreitando a relação médico-paciente. Por fim, vale a ressalva de que o MCCP possui uma vertente peculiar que se assemelha ao currículo de escolas que utilizam as metodologias ativas de ensino e aprendizagem. No MCCP, o paciente é ativo e protagonista do cuidado, participando de forma direta das ações e condutas médicas terapêuticas, conferindo caráter cada vez mais humanitário, quebrando paradigmas de práticas biomédicas. Nas metodologias ativas, o aluno, que outrora figurou-se como sujeito passivo do processo de ensino e aprendizagem, agora é sujeito ativo, com importante valorização social e cultural, em um espaço onde a relativização da verdade é eixo estruturante, e os êxitos são cada vez mais evidentes. O perfil de morbimortalidade tem se modificado. As ações e perfil profissional devem acompanhar essas mudanças.

Por fim, menciono a importância de se pensar na Curricularização da Extensão, pois ela se mostra favorável e com ampla relevância, pois trata-se da extensão universitária, aproximando também o aluno das diferentes realidades sociais, além dos impactos positivos na sociedade. Além disso, consiste em uma ferramenta com potencial para se proporcionar a aprendizagem significativa, uma vez que o aluno tem a oportunidade de aplicar na prática o que, naquele momento, ele se apropriou dos aspectos teóricos em sala de aula.

## 7 CONCLUSÕES

A educação é o caminho para mudar o mundo. A partir dos pressupostos de De Certeau (2022), foram apresentados resultados relacionados a trajetória histórica dos cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, entre 1967 e 1997, com ênfase nos principais marcos dessa trajetória, elementos do ensino desses cursos impulsionados por tal trajetória, bem como perspectivas futuras da educação médica.

Na seção introdutória, foram apresentados elementos do projeto que nortearam as investigações, os quais subsidiaram, logo na sequência, a elaboração da seção 2, intitulada “Repartição Cultural para uma História dos Cursos da FAMEMA”, mediante a qual se desenvolveu a sistematização das fontes para esta pesquisa, juntamente com os aspectos identitários que caracterizaram cada momento da trajetória histórica, segundo as fontes separadas. A partir das ideias de De Certeau (2022), considerando o lugar de fala do pesquisador e a necessidade de “falar” segundo documentos (considerados também vestígios, que se contrapõem à afirmação de que o passado é algo rígido e que ninguém altera), elaborei uma Nova Repartição Cultural do meu “lugar” social, incluindo minha inserção no Grupo de Estudos e Pesquisas HiDEA-Brasil – História das Disciplinas Escolares e Acadêmicas no Brasil, a partir dos meus questionamentos sobre como ocorreram os principais marcos da trajetória histórica do ensino na FAMEMA, enfatizando o importante marco da mudança de método de ensino e aprendizagem para as metodologias ativas.

Assim, a Nova Repartição Cultural, a partir de seus conjuntos de fontes, revelou que a FAMEMA iniciou um processo de reconhecimento de seus aspectos identitários, na seção 3, por meio de uma relação direta com a comunidade, movimento que passa a fazer sentido e a ocorrer de forma sólida a partir do processo de estadualização, importante marco na história da FAMEMA que possibilitou, entre outros aspectos, as mudanças necessárias para a organização e implantação das mudanças metodológicas, centralmente com a adoção das metodologias de aprendizagem ativa.

Nesta seção 3, intitulada “Os cursos de formação das áreas médicas na FAMEMA e a ‘abertura de seus muros’ à comunidade”, foram apresentados resultados que contemplaram o objetivo específico relacionado à compreensão de aspectos identitários dos cursos de formação das áreas médicas na FAMEMA, no recorte temporal da pesquisa (1967 a 1997), os quais foram se constituindo em um processo de

“abertura de seus muros” à comunidade, impulsionado por movimentos que geraram mudanças profundas em sua estrutura, envolvendo funcionários e docentes. Então, após ampla explanação envolvendo importantes aspectos identitários dos cursos da FAMEMA e toda a trajetória do ensino, desde 1967 até o momento da estadualização, observou-se que a FAMEMA passou por processos intensos de reflexão e reestruturação para legitimar-se, como mencionado, como instituição de ensino e prestadora de serviço. Todo esse processo foi pautado pelo Projeto UNI-Marília, apoiado pela Fundação W. K. Kellogg, o qual teve papel relevante no processo de mudança curricular e transição do método de ensino da FAMEMA, e propôs como componentes fundamentais a articulação entre academia, serviço e comunidade. Na verdade, tratou-se de um programa cuja proposta central seria o desenvolvimento de modelos inovadores de atividades e de atenção à saúde de forma integrada, além do estabelecimento de novos modelos de ensino e aprendizagem para qualificar o perfil dos futuros profissionais e de novos modelos de sistemas locais de saúde, com o intuito de melhorar a assistência à saúde.

Na seção 4, intitulada “O Projeto Uni-Marília e a Mudança de Paradigmas nos Contextos Metodológicos e de Ensino e Aprendizagem na FAMEMA: O Início de um Novo Tempo”, foram apresentados resultados com o intuito de contemplar o objetivo específico voltado para a revisão dos processos internos da FAMEMA que embasaram as mudanças metodológicas e de ensino, além de importantes elementos do Projeto UNI-Marília, coordenado pela Fundação Kellogg, o qual motivou essa revisão dos processos da FAMEMA. Observou-se, então, que as fontes documentais e iconográficas relacionadas ao Projeto UNI-Marília possibilitaram importantes aproximações relacionadas aos principais marcos da trajetória histórica do ensino na FAMEMA, considerando a premissa de que a organização da história é relativa a um lugar e a um tempo.

Observou-se, então, que o Projeto UNI-Marília viabilizou todo o movimento de reestruturação da FAMEMA, desde os espaços físicos até os recursos materiais e a capacitação de pessoas/atores/sujeitos. Em consequência disso, após inúmeros processos avaliativos, a FAMEMA conseguiu viabilizar a reestruturação dos currículos dos cursos de Medicina e Enfermagem, onde, após inúmeras capacitações, principalmente de docentes, implantaram-se as metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

Na seção 5, intitulada “O Processo de Mudança Curricular nos Cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA: Pioneirismo, Revolução Educacional no Ensino em Saúde Contemporâneo e as Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem”, foram apresentados resultados com o intuito de contemplar o objetivo específico voltado para a análise dos aspectos das estruturas curriculares dos cursos da FAMEMA, considerando as reformulações didático-pedagógicas advindas das metodologias ativas. Assim, foi possível perceber que a FAMEMA percorreu diferentes caminhos para a implantação de um novo currículo nos cursos de Medicina e Enfermagem, em um processo de superação de obstáculos e reinvenção de suas práticas pedagógicas.

Nessa premissa, com a implantação das metodologias de aprendizagem ativa, as principais estratégias utilizadas nas diferentes séries dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA são a Aprendizagem Baseada em Problemas, a Metodologia da Problemática, com aplicação do Ciclo Pedagógico, e o *Team-Based Learning*. Além disso, observou-se que a construção do novo currículo da FAMEMA, organizado em Unidades Educacionais, evidenciou uma nova prática interdisciplinar. Por fim, o uso do referencial das Necessidades de Saúde de Cecílio fundamenta a preocupação da FAMEMA em perspectivar uma formação sólida, humanística e ampliada, pautada na ótica biopsicossocial da pessoa, contrapondo-se a modelos biomédicos de formação e assistência, em consonância com o que preconizam as DCNs e os princípios do SUS.

Na última seção, a seção 6, busquei contemplar o objetivo específico de contribuir com as reflexões sobre a formação médica na FAMEMA e no Brasil que correspondam aos desafios da sociedade atual. Assim, com o intuito de obter maiores êxitos no ensino em saúde a partir do uso das metodologias ativas, evidenciou-se que a capacitação dos professores mediadores para o manejo das metodologias ativas é um caminho importante.

Outro fator importante para perspectivar uma educação médica sólida e humanística é o uso de referenciais teóricos que sustentem as práticas e ações educacionais dos alunos e professores. O uso do referencial da Medicina Centrada na Pessoa surge, então, como uma opção moderna de propor ações e intencionalidades educacionais, perspectivando a formação preconizada pelas DCNs, pois se ancora nos pressupostos da integralidade do cuidado, além de aproximar ainda mais o aluno/profissional da realidade social local. Por fim, a ideia da Curricularização da Extensão mostra-se favorável e de ampla relevância, pois se trata da extensão universitária, aproximando o aluno das diferentes realidades sociais e gerando impactos

positivos na sociedade. Além disso, apresenta potencial para que o aluno tenha a oportunidade de aplicar na prática os aspectos teóricos que assimilou em sala de aula.

Portanto, em síntese, considerando o objetivo geral desta pesquisa, que foi identificar, analisar e interpretar aspectos da trajetória histórica do ensino nos cursos médicos da FAMEMA, entre 1967 e 1997, foi possível compreender que a FAMEMA vivenciou momentos de intensos debates políticos e questionamentos sobre as estratégias de ensino e aprendizagem, caminhando em sintonia com as necessidades dos estudantes, a partir do contexto e da realidade local das épocas em que ocorreram os marcos históricos.

Em determinado momento, a própria Faculdade percebeu a necessidade de mudar, considerando a realidade e a epidemiologia local da saúde da época, pois visava preparar o aluno para o mercado de trabalho, com o objetivo de proporcionar a eles condições de ofertar à população uma assistência pautada na integralidade do cuidado. Porém, com o modelo acadêmico em vigência, era então necessário mudar, com a premissa de “abrir os muros para a comunidade”, pois o agora Sistema Único de Saúde valorizava (e valoriza) a participação social no processo de planejamento e organização do sistema e do cuidado em saúde.

Viu-se, então, a possibilidade de formalizar essa estruturação, que envolvia todo um complexo de setores, desde a Faculdade, Hospitais e Unidades Básicas, além de todos os profissionais que atuam nesses serviços, por meio das ideias e do fomento da Fundação Kellogg, ancorada no Projeto UNI-Marília, com ênfase, no contexto educacional, na implantação das Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem (em um primeiro momento, o *Problem-Based Learning* - PBL). Foi, então, necessário pensar em uma metodologia em que professores e alunos construíssem juntos o ensino, em que os alunos também fizessem parte do processo, e não fossem apenas “um tijolo em cima do muro da educação”.

Certamente, não é possível ocultar toda a possibilidade de estudo e decorrente crítica sobre tudo o que possa pesar negativamente sobre tal fundação, pois se trata de uma fundação internacional, certamente com objetivos distintos dos do povo brasileiro, e que, porventura, envolveu, para além do desejo de um melhor ensino médico, vantagens financeiras. No entanto, tal escopo exigiria outro estudo, distinto do proposto. Na contemporaneidade, muitas instituições não conseguem implantar de fato as Metodologias Ativas de ensino e aprendizagem pelo fato de não se abrirem para processos de avaliações, para além de ideológicas cristalizadas em sua constituição. No

caso da FAMEMA, ela utilizou os ideais do Projeto UNI-Marília para rever seus processos, e perspectivar novos rumos para a educação médica.

Sendo assim, é possível defender a tese de que a FAMEMA construiu algo diferente ao se rever a partir dos relatórios do Projeto UNI-Marília, enfatizando o fato de que a participação da comunidade ocorreu em todos os processos. Após diversos encontros para as mudanças curriculares nos cursos de Medicina e Enfermagem, a FAMEMA consolidou as metodologias ativas de ensino e aprendizagem, sendo considerada pioneira no Brasil no uso dessas estratégias. As perspectivas futuras do ensino médico são diversas e relevantes.

A capacitação em serviço, o uso de diferentes referenciais teóricos para sustentar as práticas e ações pedagógicas, e a curricularização da extensão como forma de aproximar o aluno da sociedade e intervir em problemas reais são exemplos de vertentes que consolidarão e qualificarão o ensino médico.

Por fim, conclui-se que a FAMEMA se legitimou como instituição com potencial para ofertar um ensino em que o aluno é protagonista e sujeito ativo do processo de ensino e aprendizagem, pautado em referenciais teóricos relevantes e estratégias que aproximam cada vez mais os alunos da realidade social.

Como limitações, a pesquisa desenvolvida apontou o acesso restrito às diferentes fontes do acervo documental da FAMEMA. Além disso, após a autorização para acesso ao acervo da FAMEMA, foram recuperados poucos documentos que contemplassem o recorte temporal dos anos iniciais da fundação e criação da FAMEMA. Ainda no tocante das fontes, não foi possível recuperar documentos que descrevessem como eram estruturados os planos de ensino e o Projeto Político Pedagógico, antes do processo de mudança do método, ou seja, antes do ano de 1992.

A escrita da história é ampla, rigorosa e requer disciplina dos pesquisadores. Poucas ciências são obrigadas a usar, simultaneamente, tantas ferramentas dessemelhantes. Isso se deve à complexidade dos fatos humanos em relação aos outros. O ser humano se situa na ponta extrema da natureza. Afirma-se, então, que, a partir do objetivo central da pesquisa desenvolvida, considerando todos os procedimentos teóricos e metodológicos, foi possível construir uma história dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA, ainda que aberta a tantas outras investigações históricas.

Ressalta-se, ainda e mais uma vez, que a pesquisa desenvolvida representa tão e somente um recorte histórico. Portanto, esperamos ter vislumbrado outras histórias dessa instituição em constante construção.

## 8 REFERÊNCIAS

- ALCARÃO, I. **Escola Reflexiva e nova racionalidade**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.
- AUSUBEL, D.P., NOVAK, J.D.; HANESIAN, H. *Educational psychology: a cognitive view*. 2. ed. Nova York, Holt, Rinehart and Winston, 1978.
- AZENHA, M. G. *Construtivismo de Piaget a Emílio Ferreira*. 8. Ed. São Paulo: Ática, 2006.
- BALLESTER, D. *et al.* A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.4, p.598-606, 2010.
- BALINT, M. *The Doctor, His Patient, and the Illness*. New York, NY: International Universities Press; 1957.
- BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.26, 2016.
- BATISTA, N. *et al.* O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24047.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.
- BELOTTO, H. L. *Arquivos permanentes: Tratamento documental*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes cominhos? *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v.2, n.2, p.139-154. 1998.
- BERBEL, N. A. N.; GAMBOA, S. A. S. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filosofia e Educação*, v.3, n.2, 2012.
- BERBEL, N. A. N. *A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita*. Londrina: UEL; 1999.
- BLOCH, M. *Apologia da história ou o ofício do historiador*. Zahar, 1. ed., Rio de Janeiro, 2001.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. P. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- BRACCIALLI, L. A. D. Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência. 2009. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação; 2014.

BOUDREAU, J. D.; CASSEL, E.; FUCKS, A. A healing curriculum. **Medical Education**, v.41, p.1193-1202, 2007.

BURKE, P. O que é história cultural? 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

CHARTIER, R. A história cultural. Lisboa: Difel, 1990.

CAMPOS, C. E. C. Michel de Certeau. Operação historiográfica. Revista do corpo discente do PPG - História da UFRGS, v. 6, 2010.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. Revista Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 2-22, 2013.

CASSELL, E. J. The Nature of Healing: The Modern Practice of Medicine. New York, NY: Oxford University Press; 2013.

CASTILHO, A. R.; HIGA, E. F. R.; OTANI, M. A. P.; SOARES, M. O. M. Evaluation of Active Learning in the Vision of Nursing Students. Journal Nursing UFPE, v.11, n.2, p.973-989, 2017.

CASTRO, R. M. A produção de uma faculdade: As Revistas Alfa, Estudos Históricos e Didática e a "FAFI de Marília" (1959-1975), ed.1. São Paulo/Marília: UNESP: Cultura Acadêmica/Fundepe, 2009, v.1., p.244.

CASTRO, R. M. A história da Didática em instituições de formação de professores no Brasil (1827-2011) – fase I: fontes para a pesquisa.183f. Relatório Final de Pesquisa (Regular FAPESP – Processo n. 2012/10609-0) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Unesp/Marília, Marília, 2014.

CECÍLIO, L. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS **ABRASCO**, 2001. p.113-126.

CECY, C. Metodologias Ativas: Aplicações e Vivências em Educação Farmacêutica. 2ª ed. Brasília/DF: Conselho Federal de Farmácia; 2013.

CHERVEL, A. **História das disciplinas escolares: reflexões sobre um campo de pesquisa**. Teoria & Educação, v.2, p.77-229, 1990.

COLE, S. A.; BIRD, J. The Medical Interview: **The Three-Function Approach**. 3rd ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2009.

CONTERNO, S. F. R., LOPES, R. E. Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos. Revista de Avaliação da Educação Superior (Campinas), v.21, n.3, p.993-1016, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/aval/v21n3/1982-5765-aval-21-03-00993.pdf>. Acesso em: 17 de jan. 2025.

COSTA, C. R. B. S. F., SIQUEIRA-BATISTA, R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.28, n.3, p.242-250, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v28n3/1981-5271-rbem-28-03-242.pdf>. Acesso em: 17 de dez. 2024.

CUNHA, M. I. *et al.* **Inovações pedagógicas na formação inicial de professores**. In: Fernandes, C. M. B.; Grillo, M. (org.). Educação superior: travessias e atravessamentos. Canoas: Editora da ULBRA, 2001. p. 33-90.

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, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2025.

DE CERTEAU, M. História: novos problemas. In: DE CERTEAU, M. A operação historiográfica. F. Alves: Rio de Janeiro, 1995.

DE CERTEAU, M. A escrita da história. 2. ed. Forense Universitária, 2002.

DE CERTEAU, M. A cultura do plural. Papirus, 7. Ed. Campinas, 2012.

DELORS, J. Educação: Um tesouro a descobrir. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. Tradução de José Carlo Eufrázio. São Paulo: Cortez Editora; Brasília: Unesco, 2010.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação, Brasília**, v. 1 n. 2, p. 5-15, maio 2001.

DEMO, P. O professor do futuro e reconstrução do conhecimento. Petrópolis: **Vozes**, 2004.

DIGIOIA, A. M.; GREENHOUSE, P. K. Creating value with the Patient and Family-Centered care methodology and practice: what trainees need to know, why, and strategies for medical education. **AMA Journal of Ethics**, v.18, n.1, p.33-39, 2016.

DOHERTY, W. J.; BAIRD, M. A. Family-Centered Medical Care: **A Clinical Casebook**. New York, NY: Guildford Press; 1987.

EPSTEIN, R. M. *et al.* Perspectives on patient-doctor communication. **The Journal of Family Practice**, v.37, n.4, p.377-388, 1993.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Projeto UNI-Marília. **Relatório de Avaliação 2º ano: julho de 1995 a junho de 1996**. Marília; 1996.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Projeto UNI-Marília. **Relatório de fase de consolidação 1º ano: junho de 1996 a abril de 1998**. Marília; 1998.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Marília: FAMEMA, 2014.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.** Marília: FAMEMA, 2018.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Caderno de avaliação: curso de Medicina e Enfermagem.** Marília: FAMEMA, 2021.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Caderno de avaliação: curso de Medicina e Enfermagem.** Marília: FAMEMA, 2024.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Caderno do programa de desenvolvimento docente:** cursos de Medicina e Enfermagem. Marília, 2008b.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Projeto pedagógico do curso de Enfermagem.** Marília, 2008.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Unidade de Prática Profissional 1 e Unidade Educacional Sistematizada. Plano de Ensino,** Marília: FAMEMA, 2025.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Unidade de Prática Profissional II e Unidade Educacional Sistematizada. Plano de Ensino,** Marília: FAMEMA, 2021.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.1, p.143-158, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0143.pdf>. Acesso em: 11 de jan 2025.

FARLAND, M. Z. *et al.* Best Practices for Implementing Team-Based Learning in Pharmacy Education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 2013.

FERRAÇO, C. E.; SOARES, M. C.; ALVES, N. Michel de Certeau e as pesquisas nos/dos/com os cotidianos escolares. EDUERJ, Rio de Janeiro, 2002.

FEUERWEKER, L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FRANKEL, R. M. *et al.* The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. **Rochester: University of Rochester Press**, 2003.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 57. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. 253 p.

FREIRE, P.; Faundez, A. **Por uma pedagogia da pergunta**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017 [1985].

FREITAS, S. M. de. *História Oral: possibilidades e procedimentos*. 2. Ed. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2006.

FURTADO, A. C. A geração de um instrumento de pesquisa a partir das fontes sobre a formação de professores em Dourados e região, no período de 1959 a 1996. *Revista Educação e Fronteiras*, v. 3, n.5, p. 63-79, jun. 2010.

GATTI, B. A. Formação de professores no Brasil: Características e problemas. **Revista Educação e Sociedade (Campinas)**, v.31, n.113, p.1355-1359, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/R5VNX8SpKjNmKPxxp4QMt9M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 abr. 2025.

GIGUERE, A. M. C. *et al.* Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study. **Implementation Science**, 2014.

GOMES, A. P. R. *et al.* A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.1, p.105-111, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/14.pdf>. Acesso em: 17 de dez. 2024.

GOODSON, I. School subjects and curriculum change. Londres: The Falmer, 1993

HALBWACHS, M. A memória coletiva. São Paulo: Centauro, 2004.

HIGA, E. F. R. *et al.* Avaliação do processo pedagógico em metodologia de aprendizagem ativa. *Investigação Qualitativa em Educação*. CIAIQ. 2016: 1

HUBERMAN, A. M. Como se realizam as mudanças na educação: subsídios para o estudo da inovação. São Paulo: Cultrix, 1973.

HUIZINGA, J. O outono da idade média. Penguin Companhia das letras, 1 ed. São Paulo, 2021.

IARA, E. M. O. *et al.* O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e APRENDER: desafios e possibilidades. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 23, e180393, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100240-&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100240-&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 6 maio 2020

JACOB, P. R. Estado capitalista: transformações na dinâmica de intervenção e o papel das burocracias. **Sociedade e Estado**, v.2, p.105-116, 1987. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/39445>. Acesso em: 10 jan. 2025.

JÚLIA, D. A cultura escolar como objeto histórico. **Revista Brasileira de Escola da Educação**, n.1, p. 10-45, 2001. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/c195e91b-ee3a-49cc-9893-6c5d49f8218c/content>. Acesso em: 07 abr. 2025.

LANDSBERG, G.; CLABER, I.; PASTOR, R. Primária: o essencial da atenção primária à saúde. Caratinga: FUNEC; 2012.

KASUYA, R. T.; SAKAI, D. H. Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name? **Hawai'i Journal of Health & Social Welfare**, 2013.

KOMATSU, R. L., LIMA, V. V. Manual da FAMEMA, 2003. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2003.

KOMATSU, R. S.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B.; PADILHA, R. Q. **Manual FAMEMA 1997**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1997.

LE GOFF, J. A história deve ser dividida em pedaços? São Paulo: Editora Unesp, 2015.

KONDYLI, A.; MCVEY, M. Assessment of Active and Team-based Learning Techniques in a Transportation Engineering Introductory Course. 126 th Annual Conference & Exposition, 2019.

KRUG, R. R. *et al.* O “Bê-Á-Bá” da Aprendizagem Baseada em Equipe. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.40, n.4, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/w5Tg86RL75mkjX7yZhmnQ6F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2025.

LASSEN, L. C. Connections between the quality of consultation and patient compliance in general practice. **Fam Pract**, v.8, n.2, p.154-160, 2001.

LÉGARÉ, F.; RATTÉ, S.; GRAVEL, K. *et al.* Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. **Patient Education and Counseling**, v.73, n.3, p.526-535, 2003.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1997

LIBÂNEO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. ANDE, 1983.

LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.175-184, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bCgsG56d6QYjMFdJh83PwNt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2025.

LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q. UNI-Marília: capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de lideranças. **Saúde e Debate**, v.12, p. 24-28, 1996.

LIMA, V. V. **Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives**. Dissertation (Health Education) – University of Illinois, Chicago, 2001

LIMA, V. V. Educação médica: a dimensão social no currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília, 1998 e 1999. 2000. Tese- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SyGLRpTYVbwm7sTgTfK6V8n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2025.

LIMBERGER, J. B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem Para educação farmacêutica: um relato de experiência. **Interface**, v.17, n.47, p.969-975, 2013.

Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/icse/a/PFVrRFtRtnCYJR4SDW3vSTx/abstract/?lang=pt>.  
 Acesso em: 10 jan. 2025.

LUCKESI, C. C. Avaliação da aprendizagem componente do ato pedagógico. São Paulo: Cortez, 2011.

Macedo, K. D. S. *et al.* Metodologias de aprendizagem ativa: caminhos possíveis para a inovação no ensino em saúde. Revista Escola Anna Nery, v.22, n.3, e20170435, 2018. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt\\_1414-8145-ean-22-03-e20170435.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170435.pdf). Acesso em: 17 de dez. 2024.

MAGALHÃES, J. P. Tecendo nexos: história das instituições educativas. Bragança Paulista, SP. Editora Universitária São Francisco, 2004.

MARIN, M. J. S. *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 1, n. 34, p. 13-20, 2010.

MAZZEU, F. J. C. Uma proposta metodológica para a formação continuada de professores na perspectiva histórico-social. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, n. 44, p. 59-72, 1998.

MEDEIROS, R. O.; Higa, E. F. R.; Castro, R. M. Metodologias Ativas na escola em movimento. 1. Ed. Editora CRV: Curitiba, 2022.

MCDANIEL, S. H.; CAMPBELL, T. L.; HEPWORTH, J. *et al.* Family-Oriented Primary Care. 2nd ed. New York, NY: Springer; 2005.

MORAES, M. A. A.; MANZINI, E. J. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.3, p.125-135, 2006. Acesso em: 10 jan. 2025.

MOSCOVICI, S. Representações sociais. 11. Ed. Rio de Janeiro, Vozes, 2015.

MICHAELSEN, L. K., Sweet, M. Fundamental principles and practices of Team-Based Learning. Team-Based Learning for health professions education: a guide to using small groups for improving learning. Sterling, VA: Stylus Publishing, 2008.

MICHAELSEN, L. K.; KNIGHT, A. B.; Fink, L. D. Team-based learning: a transformative use of small groups, 2002.

NOSELLA, P.; BUFFA, E. Instituições Escolares: Por que e como pesquisar. 2 ed. Campinas (SP): Alínea, 2013.

NÓVOA, A. As organizações escolares em análise. Lisboa, Publicações D Quixote, 1992.

NUNES, C. R. R.; ROLIN, L. M. G., LOPES, V. M. M. Os princípios da educação permanente na academia e nos serviços de saúde. In: Francischetti, I. et. al. (Org.). Educação Permanente da Academia: da teoria à prática. Curitiba: CRV, 2014.

NUNES, A. P. Formação médica em situação de estágio: Concepções e práticas de estudantes de Medicina no atendimento a pacientes especiais. 2004. Dissertação. (Mestrado)- Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2004.

NUNES, C. R. R. **A ética da comunicação de Habermas e as novas metodologias de ensino.** In: Siqueira, J. E.; Prota, L.; Zancanaro, L. (org.). Bioética: estudos e reflexões. Londrina: Editora UEL, 2000. p. 185-203.

OLIVEIRA, G. S., KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; LIMA, S. F.; RODRIGUES, L. S.; JUNIOR, G. A. P. Team-Based Learning como Forma de Aprendizagem Colaborativa e Sala de Aula Invertida com Centralidade nos Estudantes no Processo Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.42, n.4, p.86-95, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n4/1981-5271-rbem-42-4-0086.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2021.

ORIANI, A. P. Primeiros rascunhos: aproximações entre Michel de Certeau e a História do Tempo Presente. Tempo e Argumento, Florianópolis, v. 9, n. 22, p. 316-337, 2017.

PADILHA, R. Q. **Os hospitais de ensino e a previdência social: estudo de caso.** São Paulo; 1996 [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP].

PARMELEE, D. X., MICHAELSEN, L. K. Twelve tips for doing effective Team-Based Learning (TBL). Medical Teacher, v.32, p.118-122, 2012.

PERRENOUD, P. Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas. Porto Alegre: Artmed, 1999a.

PIO, D. A. M. A experiência do professor médico com métodos ativos de ensino-aprendizagem: formação permanente e gestão como mediadoras. 2017. Tese. (Doutorado)- Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2017.

RAMOS, M. N. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica?: relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 93-114, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v1n1/08.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.

REGO, T. C. VIGOTSKY: Uma perspectiva histórico-cultural da educação. 25. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

REZENDE, K. T. A. O ensino de Enfermagem no contexto UNI-Marília: desvelando os pressupostos ideológicos da prática docente. 1998. Tese. (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 1994.

RIO, L. A. B. *et al.* Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision making around chronic illnesses. **SpringerPlus**. 2016; 5(1):1386.

ROSA, H. *Aceleração: A transformação das estruturas temporais na modernidade*. Editora UNESP, São Paulo, 2019.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SÁ-CHAVES, I. **Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000. (Cadernos didáticos. Série Sup; 1).

SAVIANI, D. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. 9. Ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

SIQUEIRA-BATISTA, R., SIQUEIRA-BATISTA, R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1183-1192, 2009.

SOUZA, J. F. P.; KUMODE, M. M. N. Adaptação dos critérios para formação de equipes durante o uso do TBL (Team-Based Learning). **Revista de Ensino de Engenharia**, v.38, n.3, p.137-144, 2019.

STEWART, M. *et al.* *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o método clínico*. **Artmed**, 2017.

STEWART, M. *et al.* *Medicina Centrada na Pessoa- Transformando o método clínico*. 2. Ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2010.

STIGGELBOUT, A. M.; VAN DER WEIJDEN, T. De Wit, M. P. T. *et al.* Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. **BMJ**. 2012; 344: e256.

TAWFIK, A. A.; TRUEMAN, R.J.; LORZ, M. M. Designing a PBL environment using the 3C3R Method. **International Journal of Designs for Learning, Bloomington**, v. 4, n. 1, p. 11-24, 2013.

THOMPSON, P. *A voz do passado*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

TORRES SANTOMÉ, J. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TSUJI, H.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Aprender e ensinar na escola vestida de branco: Do modelo biomédico ao humanístico. São Paulo: Phorte, 2010.

TSUJI, H.; SILVA, R. H. A. Relato de experiência de um novo modelo curricular: aprendizagem baseada em problemas, implantada na unidade educacional do sistema endócrino-lógico na 2ª série do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v.48, n.4, p.535-543, 2004.

VENTURELLI, J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. 2ª ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2003.

VIEIRA, M. P. A.; Peixoto, M. R. C.; Khoury, Y. M. A. pesquisa em história. São Paulo: Ática, 2005.

WHITE, K. L. The Task of Medicine: Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, C. A.: Henry J Kaiser Family Foundation; 1988.

ZANOLLI, M. B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins, J. J. N. *et al.* (org.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. cap. 2, p. 40-61.

ZARIFIAN, P. O modelo da competência e suas conseqüências sobre os ofícios profissionais. In: Seminário Internacional Mercado de Trabalho: Transformações e monitoramento de ocupações. 1998, Rio de Janeiro: SENAI, CIET, 1999.