

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS ARARANGUÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Felipe de Oliveira da Silva

**CARTOGRAFIA EM EDUCAÇÃO MÉDICA:
DESAFIOS DE UM ESTUDANTE EM UM CURSO EM FORMAÇÃO**

Araranguá, Santa Catarina - Brasil

2022

Felipe de Oliveira da Silva

**CARTOGRAFIA EM EDUCAÇÃO MÉDICA:
DESAFIOS DE UM ESTUDANTE EM UM CURSO EM FORMAÇÃO**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Medicina do Centro de saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em medicina.
Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Junior

Araranguá, Santa Catarina - Brasil

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Felipe de Oliveira
cartografia em educação médica: desafios de um estudante
em um curso em formação / Felipe de Oliveira Silva ;
orientador, Carlos Alberto Severo Garcia Junior, 2022.
32 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,
Graduação em Medicina, Araranguá, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Cartografia. 3. Educação Medica. 4.
Estudantes de Medicina. I. Junior, Carlos Alberto Severo
Garcia . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Medicina. III. Título.

Felipe de Oliveira da Silva

**CARTOGRAFIA EM EDUCAÇÃO MÉDICA:
DESAFIOS DE UM ESTUDANTE EM UM CURSO EM FORMAÇÃO**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “médico” e aprovado em sua forma final pelo Curso Medicina.

Araranguá, 18 de julho de 2022.

Prof. Dr. Ana Carolina Lobor Cancelier
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Junior
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Suely Grosseman
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Roger Flores Ceccon
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Este trabalho é dedicado aos meus colegas de classe e aos meus queridos pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu orientador por todo o apoio possível na construção desta escrita e principalmente pela inspiração e motivação para desenvolver virtudes, agradeço ainda a aos avaliadores pelas críticas construtivas desde a primeira exposição do trabalho.

CARTOGRAFIA EM EDUCAÇÃO MÉDICA: DESAFIOS DE UM ESTUDANTE EM UM CURSO EM FORMAÇÃO¹

CARTOGRAPHY IN MEDICAL EDUCATION: CHALLENGES OF A STUDENT IN A TRAINING COURSE

Felipe de Oliveira da Silva²
Carlos Alberto Severo Garcia Junior³

RESUMO

É visível a necessidade de reflexão referente a mudanças na educação médica no Brasil. Esta pesquisa tem como finalidade narrar os desafios e incertezas de um estudante de medicina da primeira turma do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), campus Araranguá, para refletir e compartilhar acerca da formação médica com a comunidade acadêmica envolvida com a implantação e consolidação deste curso. A metodologia tem como base a pesquisa qualitativa, sendo usado a perspectiva do método cartográfico para descrever e vivenciar o processo. Entre os resultados, cita-se a autorreflexão e auto avaliação referentes às temáticas autonomia, ensino a distância e cartografia. Conclui-se que o é importante o incentivo ao uso da cartografia como produção do conhecimento médico a partir do aprendizado com outras narrativas e a auto reflexão para superar os desafios e incertezas por parte do leitor ou do escritor.

Palavras-chave: Educação médica, estudantes de medicina, cartografia.

ABSTRACT

The need for reflection regarding changes in medical education is visible. This research aims to narrate the challenges and uncertainties of a medical student of the first class of medicine at the Federal University of Santa Catarina (UFSC), Araranguá campus, to reflect and share about these themes with the academic community involved with the implementation. and consolidation of this course. The methodology is based on qualitative research, using the perspective of the cartographic method to describe and experience the process. Among the results, self-reflection and self-assessment regarding the themes exposed and lived here are mentioned. The final considerations are the incentive to use cartography as a production of medical knowledge from learning with other narratives and self-reflection to overcome challenges and uncertainties on the part of the reader or writer.

Keywords: Medical education, medical students, cartography

¹ Esse artigo está normatizado de acordo com as orientações do escopo editorial da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Maior detalhamento consultar Anexo A.

² Estudante curso de Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), campus Araranguá. E-mail: lpeinter10@gmail.com

³ Docente curso de Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), campus Araranguá. E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.2	METODOLOGIA	13
2	DESENVOLVIMENTO	14
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICE A – Descrição	29
	ANEXO A – Descrição	40

INTRODUÇÃO

O uso da cartografia não é necessariamente explicar ou revelar segredos, mas sim compartilhar experiências, sentimentos e suas intensidades, em um caráter subjetivo e que o entendimento do texto vale da percepção do leitor⁽¹⁾. Expressar algo subjetivo incumbe desafios e incertezas. Portanto, escrever uma cartografia, trata-se aqui do atravessamento e da motivação pessoal em enfrentar a responsabilidade e interesse de ser e estar estudante da primeira turma do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), campus Araranguá.

As discussões sobre mudanças e alterações na formação médica brasileira intensificaram depois da década de 1970, época que se tornou evidente que o perfil de formação focada em aspectos técnicos, biológicos e hospitalocêntricos dos profissionais, não era o suficiente para as demandas sociais⁽²⁾. As transformações em busca de um perfil com maior autonomia, com métodos de ensino-aprendizagem ativos e com o protagonismo dos estudantes, teve como um de seus marcos no Brasil as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina⁽³⁾, trazendo transformações ao ensino⁽⁴⁾. Posteriormente, as DCNs de 2014, enfatizaram a importância dos estudantes dentro do cenário da realidade da população brasileira para a inserção profissional e visando suprir as demandas sociais, além de desenvolver a formação interpessoal e a coletividade no trabalho almejando um perfil humanista, crítico e reflexivo já proposto nas DCNs de 2001⁽⁵⁾.

A UFSC, campus Araranguá, em 2018, alinhada a essas características das DCNs, iniciou sua primeira turma do curso de medicina com 60 vagas anuais como forma de entrada para o vestibular. A proposta do curso transpõe-se a partir de uma estrutura modular, na qual os conteúdos, habilidades e atitudes seriam formados de forma conjunta e articulada⁽⁶⁾. Deste modo, os estudantes dedicar-se-iam aos temas de forma global, integrada e vinculada com a prática, o que facilitaria o aprendizado e a fixação em longo prazo dos conceitos trabalhados.

Não há metodologia de ensino que não carregue uma história sem se basear em valores, ideais e princípios atrelados à ação de ensinar e aprender. As metodologias de ensino têm como base a perspectiva de como o indivíduo aprende, como esse aprendizado é desenvolvido e o que é a experiência de aprender sobre o

saber⁽⁷⁾. A base curricular do curso de Medicina é direcionada a uma metodologia centrada no estudante, fortalecendo principalmente a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou PBL, em inglês de *Problem-Based Learning*) e entre outras metodologias ativas de ensino-aprendizagem. O ABP faz a integração do aprendizado teórico-prático e, nesse momento de integração, ganhando experiências e repertório teórico-clínico⁽⁴⁾. De tal modo, tanto o trabalho de Fonseca e Souza⁽²⁾, como de Nova Cruz⁽⁸⁾, fazem refletir sobre a potência do processo de cartografar o ensino e a prática médica na formação.

Quando falo de desafios de um estudante de medicina, trata-se de todas as adversidades enfrentadas por muitos estudantes e também por mim, durante todo o período de formação, tendo elas ligação direta ou indiretamente a processo ensino-aprendizagem. Convém apontar, que não são todos os estudantes que têm os mesmos desafios, mas no meu caso a questão latente foi: é normal um estudante não ter desafios? A relevância deste estudo está na escrita de uma cartografia como objetivo de fomentar uma reflexão tanto por parte de quem a escreve quanto de quem a lê. Outro ponto é dar visibilidade são os aspectos explícitos e implícitos de uma formação ainda em construção cercada de desafios e incertezas, dentro de um curso novo o qual não se sabe com precisão o que acontecerá para o dia de amanhã.

Tornar essa pesquisa um espaço de encontro de ideias e/ou um conflito de ideias entre a comunidade acadêmica – conjunto de estudante, professores, técnicos administrativos e pedagógicos, gestores institucionais, população local e toda a rede de subsistência dessa comunidade – traz o debate sobre os desafios e incertezas em relação às diferentes metodologias de ensino e diferentes formas de aprender.

Trata-se de um registro em três tempos: passado, presente e futuro. Portanto, uma peça, uma escrita, capaz de demarcar o que foi, o que é e o que pode ser. Ainda que limitada, pois o pesquisador aqui se depara com suas próprias limitações e incertezas. Sendo assim, essa pesquisa justifica-se para além de um documento direcionado para obter o título e o ritual acadêmico, extrapolando o seu dentro do repositório da biblioteca universitária, narrando os pequenos pontos obscuros, ainda ocultos, e em permanente transformação.

Tem-se como pergunta norteadora desta pesquisa: Quais são os desafios e

incertezas de um estudante de medicina da primeira turma da UFSC campus Araranguá atrelado às metodologias de ensino? Portanto, tem-se como objetivo cartografar os a experiencia na formação medica como um estudante negro da primeira turma de medicina da UFSC campus Araranguá.

METODOLOGIA

A metodologia de uma pesquisa científica indica a linha de pensamento e a prática do autor na construção da realidade. Audaciosamente, reduzimos, dentro de um modelo cartesiano moderno, há dois caminhos a metodologia de uma pesquisa: qualitativo e quantitativo. Não é necessariamente um “contra” o outro e em muitos aspectos eles até complementam. O segundo descreve a qualidade do objetivo de forma objetiva, qualidades visíveis e imutáveis naquele contexto. A primeira parte de um pressuposto baseado em sentimentos e suas intensidades em relação ao objeto, estando apropriada para estudar as qualidades secundárias⁽⁹⁾. Não se despreza, portanto, as metodologias quantitativas, contudo, parece-nos neste estudo, adequado e ajustado usarmos a pesquisa qualitativa como percurso dentro de uma perspectiva cartográfica.

O uso da cartografia é a busca em mostrar o que é visível tão somente ao sensível⁽¹⁰⁾, um método focado no processo de produção e não somente no produto final, dando ênfase às intensidades dos sentimentos. Diferente do que se espera, a cartografia não tem o objetivo de explicar ou revelar os segredos, mas sim narrar e reviver experiências passadas e presentes e ainda contar sobre suas expectativas para o futuro.

A metodologia por trás da escolha dos fatos não segue uma regra totalmente restritiva, pois a cartografia se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas que devem ser aplicadas, seguindo essa premissa não há um caminho linear dos fatos e sentimentos, pois o objetivo é descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência ⁽¹⁰⁾. De modo geral, pode-se dizer que essa pesquisa “enquadra-se” dentro dos cânones da pesquisa qualitativa.

É inegável que a cartografia não tem uma imparcialidade, mas não tem o objetivo de fazer o leitor escolher um lado como certo ou errado e muito menos dizer que o processo está indo bem ou indo mal. É com o uso da cartografia que quero

passar a minha perspectiva do processo, e fomentar a discussão, a reflexão e principalmente corroborar com o processo de outros. Ao mesmo tempo, conto com o olhar e atenção do meu colaborador e orientador, que, de algum modo, também conscreve esse estudo-escrito.

Dentro das etapas de uma pesquisa, existem o começo, o meio e o fim. No entanto, dentro da cartografia, o começo nem sempre é o começo, mas levo essa pesquisa para o meu começo, quando ingressei no curso de medicina em agosto de 2018, o meio é o processo atual de escrita, que descreve o principal objetivo de cartografar e viver o processo, e o fim é o futuro, o qual se projeta cercado de incertezas.

É visível que há dois pontos a serem discutidos que podem trazer riscos: desmoralização institucional e/ou pessoal e adoecimento pessoal. Por isso, entendo que o maior benefício dessa pesquisa é a exposição de sentimentos e suas intensidades, mas convém apontar alguns pontos específicos. Apontar aspectos de mudanças nas metodologias de ensino. Expor o panorama do estudante sobre a sua formação médica. Revitalizar o passado, presente e futuro do próprio estudante. Desenvolver o pensamento crítico das ideias citadas nesse texto e tornar-se útil à sua aplicação.

1 DESENVOLVIMENTO

A ABP é um método que tem como característica o foco no estudante como protagonista no desenvolvimento do seu conhecimento, sujeito produtor do saber⁽¹¹⁾. Segundo Freire⁽¹²⁾, para desenvolver a curiosidade epistemológica é necessária a capacidade de aprender de forma crítica mantendo viva em si a rebeldia, a curiosidade e a aventura. Uma característica importante do ABP é a ação do professor como guia para a busca desta forma crítica de pensamento⁽¹³⁾. Portanto, como pode-se ensinar diferente de como você aprendeu?

O desenvolvimento do conhecimento por meio de um modelo tutorial de ensino pode levar ao estudante a aprender ensinando, ou seja, formando e sendo formador concomitantemente⁽¹⁴⁾. Este desafio indica ao estudante que ensinar não é somente transferir conhecimento, ensinar é também se fazer possível a reprodução

ou construção de um novo saber, pois quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender⁽¹²⁾.

A tutoria é uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem que transcorre através de sessões semanais em que os participantes recebem uma situação problema baseado em uma situação/caso clínico que apresenta objetivos de aprendizado ainda não estudado ou a serem lembrados⁽¹⁴⁾. As situações problemas permitem ao estudante o acesso aos seus conhecimentos prévios, o uso do raciocínio clínico e epidemiológico, formulando diversas hipóteses tanto etiológicas e diagnósticas, usando da reflexão crítica de conteúdos e informações⁽¹⁵⁾.

A metodologia de ensino aplicada no curso de Medicina UFSC, campus Araranguá, foi formulada a partir da concepção de ensino-aprendizagem do modelo ABP, porém tem suas limitações e divergências por se tratar de um método que será aplicado pela primeira vez num contexto em que as pessoas não estavam habituadas com esta metodologia.

No início do curso, tivemos muitas dificuldades com a organização e o desenvolvimento dos primeiros módulos, por se tratar da primeira turma de medicina UFSC, campus Araranguá. Em certa medida, a característica inerente a condição de primeira turma, impôs a presença dos ajustes e “testes” do ensino, portanto a constituição de uma formulação pedagógica predeterminada ainda necessitava de acordos e ajustes, por exemplo, em relação a quantidade de conteúdo a serem estudados no respectivo semestre. Um desafio era a tutoria e a adaptação junto aos professores, deslocando este do centro do conhecimento neste método, na qual a tutoria não deve ser exatamente como ele deseja, mas sim de uma maneira harmônica a todos que ali participam e corroborando na construção do conhecimento.

Outra problemática foi e é a construção do conhecimento dependente do protagonismo estudantil, muitas vezes, ocasionando dúvidas e angustias. Por exemplo, será que estou estudando o suficiente? Está faltando algum conteúdo ou estou estudando conteúdos não pertinentes naquele momento? Você não pode falar muito e não pode ficar sem falar? Você tem que corroborar com o andamento da dinâmica do grupo e estar disposto a ensinar e aprender?

De tal modo, analisar essa construção de conhecimento na formação médica pode ser identificada através de três dimensões indissociáveis, ora em

equilíbrio e ora em desequilíbrio, dentro de uma tríade política, administrativa e técnica.

1.1 O ato de desenvolver autonomia do estudante

Segundo Freire⁽¹⁶⁾, em pedagogia da autonomia, é imprescindível que na prática da autonomia o formando entenda que a produção do seu saber o tem como o sujeito principal, ao mesmo tempo, deve-se entender que o ensino não é transferir conhecimento, mas criar alternativas para construção do seu próprio conhecimento.

No ato de ajudar a desenvolver a autonomia, cabe o questionamento do que lhe foi ensinado, quais são as maneiras, caminhos e métodos que o ensinaram a ensinar. Aprender vem antes de ensinar, ou seja, ensinar está implícito na prática do aprender. O educador deve ter ciência do seu dever em trazer a sua prática docente, o desejo de fomentar a capacidade crítica do formando e sua curiosidade, transformando ou transparecendo a essência do sujeito real na construção do saber⁽¹²⁾. Educar requer mais do que um método de ensino "bancário", no qual a rigurosidade deste método tem como principal produto a transferência de conhecimento e não preza pelo poder de ensinar a se pensar de forma crítica. Um aspecto importante ao ensinar a pensar não é definir o que é certo ou errado para o formando, mas cabe ao educador de forma crítica e desafiadora, causar a dúvida na construção do saber dos seus alunos. O pensar vai além do senso comum, portanto cabe ao educador o respeito às diferenças sociais e seus saberes construídos em suas comunidades. Em um grupo de formandos não terá a homogeneidade do conhecimento, não estarão todos com o mesmo nível e este é mais um desafio à construção do saber.

O conhecimento não é permanente ou intocável, o "novo" está em permanente construção e será superado por outro "novo" conhecimento ainda a ser construído. A "dodiscência", conceito citado por Freire⁽¹²⁾, como (docência - discência), traz para a prática educativa que ensinar, aprender e pesquisar estão associados de forma inexorável. Por isso, é necessário estar aberto e à produção do saber que ainda não é existente. Estar aberto a questionamentos durante o ato de ensinar, quer seja indagações, críticas e elogios faz uma conexão com o formando, de que ele pode questionar a construção do saber e participar ativamente. Este formador deve basear suas ações além do discurso moral, dizer-se defensor da

autonomia e não respeitar a autonomia dos seus alunos, colocando limites as suas curiosidades e/ou simplesmente lhe dizendo o que é certo e o errado.

Esta qualidade ou virtude, descrita por Freire⁽¹²⁾, como coerência, é o reflexo da luta para tentar diminuir a distância existente entre falar e praticar. Respeitar a autonomia, a dignidade e a identificação pessoal do formando faz parte de outro saber fundamental à experiência educativa.

Deve-se atentar que a construção da autonomia em um contexto do curso de medicina o qual é baseado nas metodologias ativas de ensino e, principalmente, no ABP, pode ser gradual e ajustável. É visto que a receptividade a esta mudança de metodologia é empolgante na maioria das vezes, visto que para muitos se trata de uma novidade na forma de aprendizado, estar aberto a aprender novos conceitos de ensino é primordial, para desenvolver características importantes para o decorrer do curso. Aproveitar esta empolgação para formar adequada base para a construção da autonomia é fundamental⁽¹¹⁾.

Entre os aspectos importantes para a construção da autonomia está a mudança de comportamento por parte do discente, entender que ele é parte ativa e principal na formação do seu conhecimento. O formando passa a ser o centro do conhecimento e com isso carrega a responsabilidade da construção do seu conhecimento. Quando o discente está inserido no método, ele sente a pressão e a responsabilidade pela busca do conhecimento, o método o incentiva e, principalmente, exige o desenvolvimento da autonomia⁽¹⁷⁾.

Entre as mudanças de comportamento, exalta-se principalmente a busca constante pelo saber, antes estudar somente para as provas era considerado “normal”, na graduação com metodologia ativa estuda-se todos os dias, mesmo em férias, pois esta metodologia incentiva a estar em constante evolução e aprendizado. O ensino baseado em problemas, impõem a busca por objetivos de aprendizado, faz com que o aluno tenha metas no seu estudo⁽¹⁵⁾.

Além disso, convém apontar a constante investigação por melhores fontes e formas de adquirir conhecimento, o aspecto crítico desenvolvido pela autonomia, traz ao contexto acadêmico, o questionamento se tal material é o melhor em termos de atualização e/ou se a sua aplicabilidade prática é possível, é um dos aspectos desenvolvidos por estudantes nas metodologias ativas. Pesquisar por materiais

didáticos e que possam ser aplicáveis na prática médica, também é uma forma de ampliar a compreensão de determinados assuntos⁽¹⁷⁾.

O ABP me trouxe maior insegurança ao meu aprendizado em relação aos métodos tradicionais usados durante toda a base da minha formação (ensino médio e vestibular), estudar por conta, por horas e dias, e somente alguns dias depois vai saber se você estudou o conteúdo certo, ou saber se está estudando o suficiente, se faltou ou foi além dos objetivos⁽¹⁸⁾.

É clichê dizer que estudar demais não faz mal, porém discordo. Exercitar-se demais pode atrapalhar o seu rendimento, baseio o meu estudo em eficiência, alcançar metas e objetivos (característica fortalecida pelo ABP). Praticar horas demais, causa consequências físicas e emocionais, é comum estudantes de medicina relatarem em conversas informais, ficarem horas acordadas na madrugada estudando para provas, diminuir suas horas de sono (algo fundamental para um bom desenvolvimento de sua saúde), não é uma boa escolha a longo prazo, pelas suas péssimas consequências à saúde⁽¹⁹⁾.

Quando se cita as formas de avaliação descrita no PPC do curso de medicina UFSC campus Araranguá, tem-se cinco tipos de avaliação nas formas de avaliação visando a avaliação dinâmica, longitudinal e contínua do aluno, que tem como finalidade detectar o progresso dos conhecimentos adquiridos, habilidade e atitudes. No entanto, depara-se que dentro da predominância do curso uma forma de avaliação, prova teórica.

Cabe-se buscar alternativas para avaliação do aluno, pode ser um questionário, quer seja escrito/verbal, em que o aluno tenha espaço de desenvolver seu pensamento/raciocínio em relação ao problema exposto. Este aspecto incentiva o raciocínio muitas vezes esquecidos dentro das soluções problemas, há mais do que somente comentar sobre os objetivos, mas desenvolver esta linha de pensamento é fundamental, futuramente, também para a prática clínica.

No âmbito individual, me testar muitas vezes é o que traz confiança, saber que sei determinado assunto ou ação traz segurança, é preciso estar preparado para estar confiante. A insegurança durante a graduação, não é somente em relação às provas, com o passar do tempo a preocupação em ir bem nas provas, passa a ser a preocupação em ser um bom profissional. É frequente as perguntas dos graduandos em relação à "como se sentir seguro nos plantões" (prática médica)⁽¹⁹⁾.

A integração teórico-prática faz parte da construção do conhecimento, principalmente, pela conexão de sentimentos, cada paciente traz um sentimento e este sentimento estará associada a memória de sua doença, dispõe com que futuramente você relembre sentimentos e conceitos, lembrando de momentos e principalmente de pessoas. Outro aspecto importante da integração é a mudança de abordagem pedagógica, sair da leitura de livros e artigos e aplicar o conhecimento mediante a uma situação (problema)⁽²⁰⁾.

A falta de abordagem prática diminui os caminhos do raciocínio clínico. Não há casos a serem debatidos pelos alunos e professores, somente a discussão do conteúdo proposto para a sessão tutorial. A pobreza do raciocínio clínico evidencia a falta de criticidade na construção do conhecimento. Em diversos momentos, presenciei a perda do foco dos objetivos e a incoerência na construção do conhecimento dentro da tutoria, na qual os colegas estavam mais preocupados em questões de prova de residência ao invés de como atender melhor o paciente.

A desvalorização do curso de medicina pode ser evidenciada, em algumas situações, entre elas, a preocupação com detalhes de prova, macetes e mnemônicos para resolver questões. Essa problemática expõe, entre muitos alunos, que o curso de medicina serve como “cursinho” para a prova de residência e não corrobora com o seu principal objetivo, formar um médico humanista e generalista apto a praticar a medicina.

Não há como negar a insegurança em relação a falta de práticas. As incertezas giram em torno dos impactos da formação com a pandemia, o quanto seremos prejudicados, é individual, como cada um lidou com esta pandemia é individual, e será individual o resultado desta pandemia no contexto do seu aprendizado.

As incertezas estão presentes em nosso curso, um curso que começou sem ter plenamente recursos necessários à sua execução, e que está se ajustando a cada dia. Ao início do curso, já era identificada a preocupação com a infraestrutura, onde os alunos iniciaram as suas práticas como, por exemplo, o laboratório de habilidades médicas, precário, até mesmo no primeiro semestre, inexistente, mais um exemplo, a sétima fase com data de começo para outubro de 2021 parecia que não iria acontecer diante do número insuficiente de professores, naquele momento, para começarmos o semestre.

A diferença no aprendizado entre os colegas devido a que muitos têm uma maior carga teórica/prática pois tiveram mais oportunidades de aprender, e isso é visto na hora da tutoria, pois tentam impor de forma ativa assumindo um papel de “protagonista” o que viram e não somente o que estudaram, e isto não é errado, mas demonstra um desequilíbrio no conhecimento.

Este desbalanceamento interfere de forma direta na relação do trabalho em equipe. A tutoria é um trabalho em equipe, com a finalidade de atingir determinados objetivos, e a um desequilíbrio entre os participantes, seja por não estar no ritmo, pelo colega não ter estudado o suficiente ou talvez não ter estudado nada, seja por estar num dia ruim. É importante sempre tentar o trazer para a discussão, pois todos têm algo interessante a se acrescentar, mesmo que não saiba o conteúdo, mas que acrescente com perguntas, dúvidas que enriquecem a discussão da situação problema⁽¹⁴⁾.

A tutoria dentro da Medicina UFSC, Araranguá, não evoluiu. Durante muitos semestres a tutoria se tornou mais um espaço de exposição de conteúdo, do que espaço de aprendizado, dificilmente você sai da tutoria tendo diversos aprendizados. Entretanto, seria muita prepotência dizer que não se aprende nada na tutoria, pois tem alguns participantes, sejam tutores ou colegas que ainda lutam contra o caminho que está indo à tutoria à monotonia.

Um dos pontos a serem questionados é o pouco uso da situação problema para o desenvolvimento do conhecimento dentro da tutoria. Trata-se de discutir o problema e não somente o conteúdo do livro texto, a exposição dos conteúdos, não é o foco da tutoria. Resolver a situação-problema é um ponto importante da tutoria, desenvolver o raciocínio, visando o desenvolvimento de um processo indagativo, reflexivo e coordenado das ideias, sendo assim, produzindo conteúdos e não somente armazenando informações⁽¹⁵⁾.

Impactos do EAD na minha formação médica

A pandemia da Covid-19 fez necessária a construção de estratégias pedagógicas que torna se viável a educação em meio a esta calamidade pública, no caso da UFSC, foi adotada o ensino remoto, incluído parte de um princípio não somente de plataformas de educação a distância, mas com palestras *online*,

reuniões de vídeo, sala de debates online entre outros recursos atrelado a esta modalidade de ensino⁽²¹⁾.

O desamparo institucional por parte da UFSC não somente ao curso de medicina, mas a todos os cursos do campus Araranguá, foi um dos maiores impactos do ensino remoto na formação do curso no campus Araranguá. O tempo sem aula (quase cinco meses) e a diminuição das atividades após a adaptação a aulas *online*, escondeu muitos problemas presentes no campus Araranguá.

Problemas escondidos ou pouco debatidos, qual seria a realidade? Há de se pensar que o curso de medicina da UFSC, campus Araranguá, foi planejado por anos até a sua instalação, ajustes em todo o começo de projeto devem ser feitos, mas a falta de planejamento no corpo docente prejudicou muito a formação médica. Problemas já evidentes e debatidos, como a falta de professores, eram conversados desde a primeira fase e ao final da sexta fase, não foi resolvido.

O número insuficiente de professores para o número de estudantes do curso fez com que o limitado corpo docente se sobrecarregasse para cobrir as demandas necessárias para a manutenção do curso. A falta de professores fez com que muitas vezes tivéssemos o mesmo professor(a) explicando aulas de farmacologia, nefrologia e pediatria ou também, professor(a) fazendo aulas de primeiros atendimentos, semiologia musculoesquelético e medicina intensiva (não desmereço nenhuma dessas aulas, pelo contrário, valorizo os grandes professores que fizeram estas aulas em meio ao caos que se passava no nosso curso).

Antes mesmo da pandemia já era visto a escassez da infraestrutura por parte da universidade e falta de profissionais para a nossa inserção no ambiente prático. Nós alunos não éramos aceitos nos hospitais e em ambientes de consultas em Araranguá, a parte do atendimento médico, não tínhamos esse acesso em unidade básica ou Unidade de Pronto atendimento. Esta era uma forma de rejeição por parte dos médicos da rede pública de Araranguá em nos receber. Justificava-se que não poderíamos, pois não temos um convênio com o hospital regional de Araranguá. Tal convênio tem a finalidade de proteger a UFSC e nos proteger de qualquer perigo que a nossa estadia ali possa acarretar.

Somente vejo desvantagens na inserção tardia do aluno nos serviços de saúde, pois teremos menos tempo para nos adaptarmos a essa inserção prática e aplicar principalmente o conhecimento adquirido durante os anos anteriores. No

ensino à distância tento colocar em prática com casos clínicos, mas sabemos que sentar, escutar o paciente, ver o paciente e examiná-lo é a melhor prática da medicina, a medicina à beira do leito.

Outro problema identificado foi o efeito da pandemia no curso e no meu desempenho individual. Até o momento desta escrita passei 50% do meu curso *online*. Não posso deixar de comentar que há diferença no meu estudo presencialmente e no ensino à distância. O primeiro aspecto é o foco, quando presencial estudava concentrado, pois sentia uma maior pressão para ter bons resultados, tanto pessoal, por ter essa característica de sempre me cobrar a ser melhor, quanto por sentir que estava fazendo parte de um ambiente que se cobrava muito. No ambiente *online* me sinto mais à vontade para estudar, consigo gerenciar melhor meu tempo, até porque o estudo *online* nos permite ter mais tempo para estudar.

A disciplina para os estudos é outra característica afetada. Ter mais tempo para estudar também pode ser algo ruim quando não há uma boa disciplina. Eu não alcancei esta disciplina em muitos momentos. Perdia-me nos horários, nem sempre acordava cedo para ter um bom desempenho no dia, ficava muito tempo no computador, celular, assistindo séries e isso corroborou com a minha dificuldade de impor uma disciplina em relação aos meus estudos. Não conquistei a constância desejada no estudo, tive altos e baixos e muito disso deve também a minha motivação em determinados momentos.

A pandemia tirou um pouco da minha motivação de estudar, pois em muitos momentos não havia uma previsão de futuro, ou seja, quando a situação em que vivíamos mudaria. Novamente retorna-se à heterogeneidade no conhecimento de uma turma, durante os dois anos de pandemia. Muitos alunos tiveram a oportunidade de acompanhar/atender em serviços/plantões, porque conheciam pessoas no meio médico viabilizando suas inserções. Contudo, temos alunos que não tiveram a mesma oportunidade e ficaram quatro meses sem ter atividades letivas e completaram 4 anos sem atividades práticas.

A consequência desse desnível pode ser vista durante as sessões de tutoria. Não são todos os alunos que estão no mesmo ritmo, alguns detalhes, passaram sem devidas proporções, e, posteriormente, este pode vir à tona e demonstra uma deficiência naquele conteúdo. No atual momento do curso começo a ter mais atenção a condutas e ações pensando em como seria resolver aquele

problema de forma prática, e vejo que muitos colegas ainda sentem a preocupação de falar o “detalhe do detalhe” e perde um pouco dessa praticidade.

Vejo que isto trará muita diferença entre os alunos, principalmente, na nossa turma alguns estavam em atividades práticas (extracurriculares) há meses e outros não tiveram a oportunidade de sair de casa. A minha opinião é que a universidade deverá oferecer caminhos a estes alunos de aprenderem tanto quanto os alunos que tiveram chances extracurriculares, no final todos teremos que atingir objetivo de nos tornar bons médicos e principalmente bons profissionais.

A minha análise do ensino remoto, após dois anos, é que faltou a integração de conteúdo. Tivemos muitos conteúdos importantes, hipertensão arterial, diabetes mellitus, assuntos do cotidiano da prática clínica, que ficaram sem contexto, sem visualização prática destes assuntos. Sei que não eram esses os objetivos esperados na construção do curso, a primeira turma já estava com problemas e este foi o seu maior desafio.

É difícil encontrar resultados sobre os impactos da pandemia nos aspectos pessoais associados ao ensino na formação médica dentro do curso de medicina na UFSC, campus Araranguá, pois é algo que está acontecendo, estou vivendo essas consequências e não temos resultados específicos em relação a esta vivência. As adversidades são enfrentadas dia após dia, resultados individuais são limitados na literatura, portanto apresento os meus “resultados” de viver uma formação médica de maneira remota.

O Felipe pós o ensino remoto enfrenta dificuldades na continuação do curso, pois parte de pouquíssima base prática e, conseqüentemente, pouco entendimento das situações enfrentadas dia-a-dia dentro do ambiente de saúde. Situações não somente teóricas, mas habilidades que deveriam ser construídas durante quatro anos e somente agora estão sendo desenvolvidas, habilidades básicas, de comunicação, empatia e trabalho em equipe, extremamente importantes para prática clínica.

Sinto dificuldade desde a parte de escrita/construção de história clínica (estudada no primeiro semestre do curso) até a caracterização do quadro clínico das doenças estudadas no sétimo semestre, as habilidades teóricas que deveriam estar sendo desenvolvidas foram “congeladas” com o ensino remoto e recomeçar a “descongelar” no oitavo semestre, está sendo prejudicial para o meu

desenvolvimento. Tenho dificuldades para estudar, pois sei que tenho que estudar novamente muitos conteúdos que já deveria estar familiarizado, principalmente, pela sua prevalência na população brasileira.

Dificuldade básica, desde usar o sistema do hospital, fazer evolução do paciente no sistema, difícil organizar as ideias que, às vezes, estão confusas não conseguimos passar o caso do paciente atendido, ao professor responsável do setor. A habilidade básica de preencher uma receita médica, parece tão desafiadora ao ponto de implorarmos ajuda, mesmo com medo da resposta do professor responsável.

Questiono-me o quanto isso impacta não somente a minha formação, mas ao atendimento da comunidade, no presente momento, a insegurança é constante e a autorreflexão prevalece, será que estou fazendo o meu melhor? Estou pronto para estar aqui? Questionamentos ainda sem respostas definidas, mas sei que estou tentando e a longo prazo veremos os resultados. Esses resultados impactam no meu atendimento à população futuramente, seja daqui dois anos, cinco anos ou até 20 anos, quais serão os resultados, espero contar sobre isso futuramente.

Do contrário, é encantador estar no hospital e realizar muitos dos sonhos que tenho desde criança e quanto isso me motiva a perpetuar nessa caminhada. Realizar a visita à beira-leito conversando, examinando e criando um vínculo com tantas pessoas, enriquece o meu conhecimento, fazendo com que o meu interesse com cada caso aumente e, posteriormente, o meu estudo melhora, repassando o caso comigo, professor e colegas. Fico me questionando o quanto isso poderia ter sido mais usado durante o ensino remoto, o quanto mais preparado eu poderia ser hoje, se estivesse com essa atividade prática nos últimos dois anos. Talvez tenha perdido um pouco do meu potencial durante esses anos, mas sei que tenho outros longos anos para atingir tudo o que eu sei que sou capaz de melhorar.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O confronto de escrever sobre si parte da maior vulnerabilidade minha já exposta, entender a si mesmo e como as coisas acontecem concomitantemente. Penso muito em como as coisas acontecem e a minha relação aos acontecimentos, gosto de assumir a responsabilidade o que é bom por pensar que em muitas situações posso assumir o controle e decidir para que lado irá o “bonde da vida” e é

ruim quando me deparo com realidades que não posso resolver, a exemplo neste texto as diversos problemas institucionais da falta de professores e recursos.

A cartografia para mim serviu em muitos momentos como horas de autorreflexão. Escrever sobre o que se vive é de enriquecimento pessoal, repassar acontecimentos, pensar em fatos/vivências, boas ou ruins, importantes ou sem relevância, repassar tudo isso na hora da escrita, enriqueceu esses acontecimentos, valorizando e trazendo consigo cada vez mais importância de cada evento.

A cartografia trouxe para mim de forma crítica os pensamentos sobre as minhas escolhas e objetivos, em muitas ocasiões me fez perguntar o porquê desta ou daquela escolha, e qual a finalidade, em muitos instantes do curso, me senti perdido e desamparado. Em diversas vezes no ensino remoto, o curso para mim não fazia mais sentido, mas seguia com um propósito, ser médico. A cartografia a partir do momento em que tive conhecimento desta metodologia, trouxe de volta o brilho no meu olhar, quem me ouvia falar sobre, sentia que ali tinha algo maior por trás.

Escrever uma cartografia para mim, serviu de apoio em diversas etapas para pensar no propósito, a cartografia para mim não tem nada a ver com o resultado, mas sim com aproveitar o processo, estar vivendo o processo de formação me encantou novamente, repensar que ao final disto estarei realizando um sonho, se tornou motivação para continuar e não somente um resultado/objetivo. Desfrutar do processo é maior do que colher os frutos do resultado.

Convém ainda citar que a cartografia também veio para trazer períodos ruins, nem sempre a autorreflexão lhe trará clareza e lhe deixará estável emocionalmente, em muitas fases de reflexão me senti abalado, pois, senti que não estava fazendo o meu melhor e que isto era somente meu problema, e somente eu poderia resolvê-lo. A cartografia me mostrou que uma de minhas fragilidades emocionais relacionadas a minha formação médica é a quebra de expectativa, acreditava estar vivendo um melhor momento, mesmo em meio a tanto caos que estava ao redor desta escrita.

O poder do autoconhecimento é ilimitado, até que ponto nos conhecemos? Sabemos dos nossos limites? Consciência das nossas dificuldades? Muitos questionamentos que fazem parte no momento em que escrevo esta cartografia, perguntas sem respostas até o momento e espero ao final deste ser capaz de respondê-las.

Um dos grandes objetivos desta cartografia é levar mais conteúdo à ciência médica em forma de cartografia e demonstrar o grande potencial na aprendizagem por meio desta metodologia. O potencial de aprender com as suas vivências e entender as vivências de outros, sejam boas ou ruins, é extremamente enriquecedor na construção do conhecimento.

Outro desafio da escrita cartográfica é escrever algo que está acontecendo e está acontecendo a história continua a todo tempo, e conseqüentemente existem mudanças em pensamentos e atitudes, existe o Felipe que começou o curso, existe o Felipe que enfrentou o ensino remoto e existe o Felipe que retornou ao ensino presencial e são a mesma pessoa em tempos diferentes com características diferentes, algumas melhores outras piores, mas sempre tentando evoluir.

Entre os resultados da cartografia gostaria de salientar a importância da representatividade e da vivência para contar experiências e tanto ensinar e aprender com essas vivências. Cabendo tanto ao leitor quanto produtor capturar tudo aquilo que gostaria, seja pontos considerados positivos ou negativos, mas que serviram de aprendizado⁽²²⁾.

A cartografia permite trazer à tona a subjetividade como um eixo de produção e de principalmente crítica, imagina-se um mundo em que não podemos questionar a subjetividade de cada indivíduo/ação, não teremos a continuação do desenvolvimento cultural. Nos últimos anos, a interação entre fatores culturais, econômicos, históricos e sociais, demonstrou divergências entre opiniões, pensamentos e atitudes, quando se questiona essas divergências, você inconscientemente desenvolve um aspecto da sua personalidade que se perpetua até que seja modificada novamente por fatores internos ou externos, demonstrando a dinâmica das emoções⁽²³⁾.

Não era possível deixar de fora uma exposição de características que deveriam ser desenvolvidas nesse período de formação. O generalismo previsto nas DCN é abordado durante o curso, mas na prática a visão do médico generalista não foi o foco. A formação do médico humanista, entre todas as atividades propostas, talvez esta tenha sido a que mais me surpreendeu de forma positiva, trazer a oportunidade experiência na parte do entendimento (teórico) e vivência (prática) do SUS, enriqueceu a minha formação. Autonomia, o desenvolvimento desta característica foi árduo e ainda está em construção como todas as outras, mas é exemplar olhar hoje e perceber que a minha autonomia vai além do ensino médico.

REFERÊNCIAS

1. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2 ed. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS. 2016.
2. Fonsêca GS, Souza JVG de. Narrative of an educational path: providing a (new) meaning to medical education. *Interface*. 2019;189–99.v.23
3. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação; 2001
4. Machado CDB, Wuo A, Heinzle M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. *Rev Bras Educ Med* . v. 42, n. 4 2018.
5. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
6. Universidade Federal de Santa Catarina. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Araranguá: UFSC, 2017.
7. Peres CM, Vieira M, Altafim E, Mello MB, Suen KS. Abordagens pedagógicas e sua relação com as teorias de aprendizagem. *Med (Ribeirão Preto Online)*. 2014;47:249–55.
8. Nova Cruz D. A potência das narrativas no ensino [e na prática] da clínica médica. Tese. Universidade do Vale do Itajaí; 2015.
9. Grosseman S. Satisfação com o trabalho: Do desejo à realidade de ser médico[tese]. Florianópolis(Santa Catarina) UFSC,2001.
10. Bertussi D, Baduy R, Feuerwerker L, Merhy E, Baptista T. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. Mattos RA de, Baptista TW de F. *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. 1º Edição Porto Alegre, 2015 Rede UNIDA;461-486.
11. Smolka MLRM, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Autonomia no contexto pedagógico: percepção de estudantes de medicina acerca da aprendizagem baseada em problemas. *Rev Bras Educ Med* 2014;38:5–14 v. 38, n. 1.
12. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 79ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra; 2021.
13. Borochovicus E, Tortella JCB. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. *Ensaio*. 2014;22(83):263–294.
14. Luna WF, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, Brasil, Bernardes J de S, Universidade Federal de Alagoas, Brasil. Tutoria como Estratégia para Aprendizagem Significativa do Estudante de Medicina. *Rev Bras Educ Med* 2016;v 40(4):653–662.
15. Vieira M, Panúncio-Pinto MP. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. *Med (Ribeirão Preto Online)*. 2015;48:241–8.
16. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25a. São Paulo. Paz e Terra; 1996.
17. Borges AMH, Rezende EF de, Ferreira LLA. Autonomia e esclarecimento em Paulo Freire: Questões necessárias à educação pautada na prática da liberdade. 2021;7(3):196–208.

18. Tenório LP, Universidade Federal de Sergipe, Brasil, Argolo VA, Sá HP de, Melo EV de, Costa EF de O. Saúde Mental de Estudantes de Escolas Médicas com Diferentes Modelos de Ensino. Rev Bras Educ Med 2016;40(4):574–82.
19. Cliquet MB, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil, Rodrigues CIS. Grupo Tutorial e a Saúde Mental no Ensino Médico. Rev Bras Educ Med 2016;40(4):591–601.
20. Brandão ERM, Rocha SV, Silva SS da. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. Rev Bras Educ Med 2013;37(4):573–7
21. Santos BM, Cordeiro MEC, Schneider IJC, Ceccon RF. Educação médica durante a pandemia da Covid-19: uma revisão de escopo. Rev Bras Educ Med 2020;44(supl 1):e139
22. Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface. 2011;15(38):663–76
23. Martines WRV, Machado AL, Colvero L de A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. Tempus - Actas de Saúde Coletiva. 2013 ; 7(2): 203-211
24. de Araújo KM, Leta J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. Hist Cienc Saude Manguinhos . 2014 21(4):1261–1281
25. Scherer ZAP, Scherer EA. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. Rev Esc Enferm USP . 2012;46(4):985–93

APÊNDICE A

Dentro dos apêndices estará a exposição de vivências e a reflexão sobre assuntos do cotidiano pessoal e social, e que não tiveram espaço dentro do artigo devido a restrição de palavras na formatação da revista.

Experiência indescritível

No dia 20/11/2021, em meio ao caos político que passa na minha instituição de ensino UFSC, principalmente dentro do curso de medicina campus Araranguá

com a falta de professores e técnicos paralisando parcialmente o curso, tive a oportunidade passar por um estágio extracurricular sendo muito bem acolhido pelos chefes e consegui um plantão de 12 horas diurno no centro cirúrgico no Hospital Universitário de Santa Maria, minha cidade natal, graças a uma ex-colega de cursinho e que virou minha grande amiga.

Durante o tempo que estive na atividade do estágio e, principalmente, após, conversando com meus amigos e colegas, pude notar a importância de a universidade ter um hospital universitário. Esta experiência que vivi, é comum naquele ambiente e os profissionais ali estão preparados para receber os estudantes inclusive. Aqui deixo a frase do enfermeiro circulante que me ajudou muito: “Nós vemos isso (estudantes começando na cirurgia) todos os dias”, e continuando a conversa com meus colegas que estudam medicina em outras instituições contam o quão é comum isso no dia a dia. Fico triste ao ver que esta é uma oportunidade que é nos negada na nossa região, os porquês exatamente não nos permitem entrar no hospital para acompanhar/observar atendimentos e cirurgias. Não sei a resposta certa, mas sei que isso pode fazer falta na nossa formação.

É visível as vantagens e desvantagens de se ter um hospital escola próprio; Segundo Kizi⁽²⁴⁾ a ação dos hospitais universitários na formação médica, cita principalmente sobre as missões institucionais dos hospitais universitários, as quais são assistência, ensino e pesquisa. O foco do ensino é visto como uma prioridade em muitos hospitais, pois muitos foram fundados como o principal objetivo de aprendizado prático do curso de medicina.

Desde 2012, o Ministério da Educação (MEC) corrobora com a integração do ensino, pesquisa e assistência para a certificação dos Hospitais universitários, sendo a sua definição a seguir:

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias na área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para diversas patologias. Isso garante maiores padrões de eficiência à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (BRASIL,2012, p.1270).

Estas missões estão estampadas em muitos sites dos Hospitais universitários, trago o exemplo do hospital universitário de Santa Maria o qual eu

passei este dia incrível “Desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental (HUSM/UFSM, s.d.) ”.

Um aspecto importante a ser apontado é a cultura de ensino dentro destes hospitais, o preparo de todos os profissionais para receber centenas de estudantes de medicina desde o primeiro ao sexto ano e médicos residentes com o objetivo de melhorar sua formação médica, tanto ensinando quanto aprendendo com cada um. É evidente que mesmo com a tentativa de integração das três missões institucionais há uma que se sobressai em meio às demais, o ensino. Pesquisa feita com 31 gestores de hospitais universitários federais mostra que o ensino é a principal missão e que a missão do ensino se associa muito com a assistencial, com a finalidade de formar melhores médicos os ensinando e posteriormente os bons médicos fornecerão uma melhor assistência à população ⁽²⁴⁾.

Durante o período que passei no centro cirúrgico pude perceber diferentes formas de ensinar, um professor com uma abordagem mais ríspida impondo a sua técnica e sempre corrigindo e perguntando sobre detalhes da cirurgia, fazendo com que todos presentes tentassem participar da construção daquele conhecimento, e outro professor com uma abordagem mais sutil, a qual compartilha de cada decisão dentro da cirurgia com o residente, deixando o livre para definir o fluxo da técnica cirúrgica, perguntando como ele estudou a técnica e como ele se sente à vontade de fazer cada passo da cirurgia.

As diferentes formas de abordagem do aprendizado, são estudadas e documentadas a décadas e é visto que não há um único jeito de aprender e muito menos um único jeito de ensinar, o processo ensino-aprendizagem é único de cada um, sendo assim não há como dizer qual está mais certo ou errado. A partir desta perspectiva cabe ao docente interpretar o alcance de sua abordagem e tornar-se apto a mudar quanto for necessário com o objetivo de sempre ensinar e aprender com os seus alunos.

Não consigo descrever a minha felicidade nessas horas que passei lá dentro. A todo momento só de pensar aonde cheguei tinha vontade de chorar. Contive-me o máximo que deu, mas ao chegar em casa e contar ao meu pai que conseguimos realizar mais este sonho não consegui conter tamanha felicidade. Minha expectativa era de ir somente para olhar. E na primeira cirurgia do dia, já

entrei em campo, me lavei, paramentei e tive a oportunidade de suturar o paciente ao final da cirurgia.

Não posso dizer que tive só felicidades neste dia, pois sabia que não estava preparado para estar lá, não sabia o suficiente para ser útil naquele ambiente, inúmeros fatores têm atribuição a este meu pensamento, desde a minha falta de confiança no ensino por parte da instituição, a minha falta de confiança no meu estudo individual e principalmente a minha falta de atividades práticas naquele ambiente.

A falta de confiança minha na instituição decorre de todos os problemas que estão evidentes durante a minha formação, a carência de professores, a carência de aprofundamento em determinados assuntos que deveriam ser dados por especialistas na área, muitas atividades ainda estavam em formação então havia muitas falhas no ritmo das atividades e principalmente na sua execução, embora no papel a sua finalidade seja de extrema importância para a construção de um médico humanista.

A falta de confiança por falta de atividades práticas decorre de dois fatores, primeiramente aponta-se a falta de inserção prática nos primeiros períodos aos ambientes de atendimento, seja hospitalar, unidade básica, emergência ou pronto-atendimento. Chego ao 4º ano da medicina, sem ter atendido um paciente (dentro da grade curricular) nesses anos de formação. Outro ponto, é a pandemia que dificultou a todas as universidades que estavam em atividade, e no nosso curso não poderia ser diferente. Evidentemente, por se tratar de um curso novo, nossas atividades foram muito afetadas e não conseguimos fazer atividades práticas até o momento, temos 4 semestres em atraso de atividades práticas.

A minha falta de confiança individual, decorre, principalmente, do fato de me questionar diariamente se estou fazendo o meu melhor. Tenho noção de que não me dediquei tanto quanto gostaria nos últimos meses ao meu desenvolvimento como estudante, mas sei também que mantive um equilíbrio entre estudo e saúde mental. Sou uma pessoa que precisa praticar/fazer para sentir confiança nas situações, sou adaptado a repetição para aprender e com a falta de práticas me senti muito prejudicado na construção do meu conhecimento. Não fui o único, mas isso não deve ser uma desculpa para mim.

Acredito que mesmo com a minha falta de preparo fui muito bem recebido por todos, todos tiveram muita paciência comigo e me ensinaram muito. Acredito

que este ambiente se deve a cultura de ensino proposto dentro do hospital, já comentado que muitos têm o ensino como o principal norte das atividades hospitalares.

Mas uma questão é latente: por que não estava preparado? Minha resposta à médica residente que me recebeu foi: tive Técnica Cirúrgica EAD. Essa matéria é extremamente prática. Usei esta frase como uma desculpa, mesmo que inconscientemente, e tive vergonha ao dizer. Sabia que estava usando essa fraqueza como uma desculpa e que deveria estar pronto para estar lá pois aquele era o momento que sempre esperei para estar lá.

A vida nos dá muitas oportunidades, geralmente, só quem está preparado para recebê-las a enxerga, estar pronto no ambiente acadêmico, para mim representa ser capaz de desempenhar aquilo que você já estudou, por isso o aprendizado é por fases/períodos, aos poucos você vai adquirindo etapas de conhecimento não é uma regra linear, pois muitos falam que é nos dois últimos anos do curso que mais se aprende sobre medicina. Naquele momento já deveria estar pronto para aquela oportunidade e isso me causou vergonha, mas não foi algo que me desmotivou, pelo contrário me motivou.

Estou fazendo dessa vergonha minha motivação para que na próxima oportunidade eu esteja pronto independente do andamento do curso por parte da instituição, chegar novamente nesta oportunidade e poder ser útil e conseguir contribuir e principalmente não atrapalhar. Não posso me agarrar ao fato desse erro da instituição como uma “bengala” para me apoiar neste fracasso momentâneo o resto da minha carreira médica, cabe a mim encontrar alternativas para contornar esse problema.

Passei o dia inteiro dentro do bloco cirúrgico embora muito cansado, com dor nas costas, nas pernas, no braço, em nenhum momento pensei em pedir para sair, pois tinha certeza que estava vivendo meu grande sonho naquele momento. Estava fazendo tudo o que gostaria de fazer, o que era para ser 12 horas se tornaram quase 20h e com extrema satisfação. Cheguei à conclusão de que posso fazer isso pelo resto da minha vida

A rotina da cirurgia foi algo que me encantou do início até o final, estar dentro do centro cirúrgico foi um sentimento gratificante, a cirurgia para mim representa resolutividade, o paciente chega com um problema, você o resolve de

forma sistematizada com protocolos, mantém o seu cuidado no outro dia, o examinando, conversando criando um vínculo mesmo que breve em muitos casos. Mas sempre vai ter coisas boas e ruins, é uma rotina que cansa, muitas vezes estressante, passar horas em alto desempenho não sempre é possível, mas muito já conversei com médicos formados e eles sempre indicam escolha a sua especialidade baseada naquilo que você não quer fazer, o que você não gostaria/suportaria de/suportaria fazer e as descartes e na rotina da cirurgia tudo me encanta.

Vejo que era a motivação que precisava para retornar ao caminho que já tinha em mente e buscarei cada vez mais me aproximar dele. Fugir dessa mediocridade que estou vivendo num contexto geral e entender que essa situação é muito mais responsabilidade minha por não conseguir/ser capaz de vencer mais esse desafio. Talvez não seja exatamente essa a verdade, mas é a verdade que preciso entender e brigar contra essa realidade.

Com a proximidade do internato, em agosto de 2022, fiz um cronograma com todos os assuntos considerados mais prevalentes e tentarei estudá-los concomitantemente com os assuntos da aula. Meu pai sempre disse que eu deveria estar melhor preparado do que todos os outros e quando eu tive esta oportunidade falhei, não sabia a técnica certa ao colocar a luva, não conseguia vestir o capote sozinho, não sabia o nome dos instrumentos e isso não voltará a se repetir, não por falta de esforço.

A influência das características pessoais na formação médica

Existem pilares e bases de sustentação que acompanham o estudante durante toda a sua formação médica, aprender a conhecer ou a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver, esses pilares e bases são lapidados antes, durante e depois do seu tempo no curso. Estes servirão como base para o desenvolvimento das suas virtudes e serão como guia durante toda sua carreira ⁽²⁵⁾.

A dedicação tem sua definição no dicionário como qualidade ou condição que se entrega a alguém ou a algo, devoção, entrega e sacrifício. Não vejo como é possível você realizar grandes sonhos sem essa característica, grandes sonhos precisam de sacrifícios, pois com o passar do tempo pude notar que não podemos

abraçar o mundo inteiro e querer realizar todos os sonhos ao mesmo tempo, este pensamento pode ser o caminho que te leva a não conseguir realizar nenhum de seus objetivos com excelência.

Nem todo o sacrifício deve ser algo ruim, mas é comum abdicar de situações prazerosas por horas para futuramente termos mais situações prazerosas por anos. Sacrificar o prazer momentâneo é uma escolha e uma opção que tem ônus e bônus, não temos garantia de que será recompensador o futuro, mas acredito que construindo passo a passo o meu futuro alcançarei meus objetivos e esse é o meu momento de prazer, alcançar e realizar meus sonhos e objetivos. E mesmo que não realize aquele objetivo, deve-se aproveitar o caminho até este objetivo, o aprendizado vale tanto quanto o resultado.

Quando se trata da medicina nos deparamos em um caminho de aprendizado longo. Seis anos, se contarmos somente o tempo do curso, além dos demais anos que vieram após sua conclusão. Um bom profissional sempre deve se manter atualizado, constantemente estudando e aprendendo, seja com livros ou seus pacientes, colegas e professores, tarefa árdua e que requer dedicação para cuidar dos pacientes com uma boa qualidade em saúde.

Outra característica a se pontuar é a resiliência, a medicina é uma ciência incerta, ou seja, não será sempre possível acertar, mas sempre tentarei acertar, saber trabalhar bem com o erro é fundamental nesse caminho de minha formação. Viver o erro também faz parte da formação, podemos dividir os passos de viver o erro: (1) reconhecer o erro com humildade; (2) conversar sobre o seu erro com quem pode e quer te ajudar; (3) viver os sentimentos do erro, sejam eles bons ou ruins, pois sentimentos marcam as experiências.

Ser uma pessoa resiliente é saber que você passará por bons e maus momentos e que cabe a você, vivê-los e seguir em frente, pois terão mais momentos a se viver e aprender com eles.

Responsabilidade é uma grande característica que desenvolvi com o passar dos anos, ser responsável por suas ações e por suas concepções. Desde pequeno, aprendi que se eu quero melhorar/evoluir, eu preciso treinar e me dedicar e só eu sou responsável por esta evolução, posso ter ajuda de inúmeras pessoas, mas cabe a mim ser responsável pelo seu crescimento.

Consequentemente com a responsabilidade, tenho que ser responsável pelos meus erros e acertos, assumir a responsabilidade pelas ações que deram certo é fácil, depois de dar tudo certo, mas na hora do aperto tem que ter atitude e responsabilidade para fazer uma determinada ação/função. E ter a responsabilidade quando esta ação não dá certo também é um gesto de grandeza, reconhecer a falha, aceitar a crítica seja ela construtiva ou não, faz parte do desenvolvimento da sua responsabilidade.

Um estudante de medicina negro

Fui questionado de como é ser um estudante de medicina negro, e a resposta é: não sinto nada de diferente em relação ao relacionamento com outras pessoas, mas a verdade é que por trás disso tem um caminho de preparação e orientação feito, principalmente, pelo meu pai também negro.

A primeira vez que tive consciência de ser uma pessoa negra foi quando meu pai me disse a seguinte frase: “Se você quer chegar lá (medicina) você deve se esforçar muito mais do que os outros”. E me mostrou uma foto de uma turma de medicina da UFSM e perguntou quantos negros tinha naquela formatura. Não havia nenhum. Anos depois penso sobre isso e a falta de representatividade que temos em muitos lugares da sociedade.

Entendi a partir daquele momento que o meu esforço deveria ser maior para alcançar meus objetivos, pois seria fácil desprezar ou diminuir meu esforço, pelo fato por ser negro, deveria me esforçar mais e estar mais preparado, para conseguir oportunidades e realizar conquistas, pensamento que me acompanha até hoje. Penso que a maioria das oportunidades que temos acontecem todos os dias, mas não estamos realmente preparados para usá-las da melhor forma possível.

Ser um estudante negro, em uma sociedade racista, é uma constante guerra, mesmo que eu não a viva todos os dias assiduamente, faço parte desta luta, sinto que nunca sofri racismo, mas seria muito ingênuo de falar que ele nunca aconteceu, a fala de um racista permeada de tanto preconceito. No meu ponto de vista é tamanho absurdo que é difícil às vezes acreditar que está acontecendo realmente e isso é ruim, pois o agressor, quando não contente em agredir a sua cor, a sua dignidade o ataca fisicamente.

Em 2019, após completar meu primeiro semestre dentro do curso de medicina, fiz questão de ir ao meu antigo colégio e falar um pouco sobre como foi a minha trajetória até a entrada na universidade, pois sinto que quando eu estava lá, não existia essa representatividade, muitas vezes meus colegas de classe já me disseram “como você acha que vai passar?” e “Com cota dá para passar fácil”. Meu professor, grande amigo até hoje, me defendeu na época, explicou a importância das cotas e como a cota inseriu muitos negros, indígenas e pardos (predomínio da população brasileira) nas universidades.

São frases que me motivaram, são frases preconceituosas e sempre levei elas como motivação, pois sabia que tinha que calar a boca de muitos após realizar minhas conquistas. Retornei ao colégio que fiz o ensino médio 4 anos depois de minha formatura e tentei passar um pouco da representatividade que eu tanto precisava, demonstrar para os alunos presentes que é possível sim, realizar suas conquistas mesmo que elas parecem tão distantes, tem estudante de escola pública, que nunca foi um grande aluno, às vezes mediano, mas sempre persistente e negro, muitas vezes questionado se usaria cotas ou não e penso do seguinte modo, sou negro, porque não vou me classificar como negro? Representatividade.

Outros reflexos de ser um estudante de medicina negro são, auto cobrança exacerbada e seus benefícios e malefícios. Cobrar-se muito durante o curso de medicina é comum, quando lembro de minha trajetória a pressão aumenta, pois sei do quão difícil foi para chegar ao curso e o tamanho da responsabilidade que tenho comigo e com meu pai em realizar o nosso sonho.

Cobrar-se muito reflete, principalmente no desgaste mental, estar em constante contestação de que estou fazendo o meu melhor, se estou acertando, indo no caminho certo, é desgastante estar em constante avaliação de suas próprias metas, notas e principalmente, ações/atitudes.

Outro reflexo na minha visão, benéfico, é a constante evolução quando estou me cobrando, me esforçando sempre para continuar melhorando. Minhas perspectivas/objetivos são altas, pois sei que tenho um grande potencial, além do conhecimento técnico tenho características desenvolvidas por todas as minhas experiências de vida, que corroboram para o meu constante crescimento.

Portanto, ser um estudante de medicina negro, não tem relação direta da minha cor e o ambiente institucional, tem um contexto histórico e pessoal, estar em

constante luta pelo meu objetivo (minha formação medica), vai além do diploma, é uma conquista minha e de minha classe, levar representatividade a todos que precisam e felicidade a minha família, especialmente, meu pai.

ANEXO A

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao editor.

No ato da submissão do manuscrito é preciso que a **ordem** de apresentação dos autores esteja definida e acordada com todos, pois caso o artigo seja aprovado para publicação, os nomes dos autores serão apresentados exatamente na ordem estabelecida quando o artigo foi submetido

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores.

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 É possível incluir no manuscrito um texto suplementar, denominado **Apêndice** [de autoria do (s) próprio (s) autor (es)] ou **Anexo** (de outra autoria). Esse texto suplementar deve ser inserido logo após o item de Conclusão do manuscrito, antes das informações autorais e das referências.

10 Interface adota as regras da Convenção de Vancouver como estilo para citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções