



Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

ISSN: 1981-7746

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio

Custódio, Lucimara Aparecida Faustino; Vieira, Camila Mugnai; Francischetti, Ieda  
A dimensão social na formação médica: o contexto de vida na aprendizagem baseada em problemas  
Trabalho, Educação e Saúde, vol. 18, núm. 3, e00272103, 2020  
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00272

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406761158005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org  
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto



## A dimensão social na formação médica: o contexto de vida na aprendizagem baseada em problemas

Social dimension in medical education: the context life in problem based learning

La dimensión social en la educación médica: el contexto de vida en el aprendizaje basado in problemas

Lucimara Aparecida Faustino Custódio<sup>1</sup>  
Ieda Francischetti<sup>3</sup>

Camila Mugnai Vieira<sup>2</sup> 

### Resumo

Este estudo caracteriza a dimensão social nos contextos representados nas situações-problema em um curso médico estadual paulista que utiliza a Aprendizagem Baseada em Problema. Foram analisadas 69 situações-problema, disparadoras do processo de aprendizagem da primeira à quarta série e seus respectivos guias de tutor. Para a leitura do material, utilizou-se o Roteiro de Análise de Dimensão Social, elaborado pelas pesquisadoras com base em documentos e literatura relacionados. Para análise, adotou-se o método de análise textual discursiva. A comparação entre os objetivos de aprendizagem apresentados nas situações-problema e nos guias evidenciou discordâncias e dicotomias. A caracterização dos contextos explorados não retratou o território real: equipamentos sociais foram pouco abordados, já as áreas de competência do cuidado individual, coletivo e gestão deram ênfase satisfatória às políticas públicas. As análises de áreas de riscos, diversidades e grupos vulneráveis foram superficiais e a intersetorialidade foi pouco acionada. Espera-se, com estes resultados, suscitar reflexões acerca da construção de situações-problema na aprendizagem baseada em problemas, pois o aprofundamento na descrição, como a ampliação de sua abordagem, poderá favorecer a articulação teórico-prática, o aprendizado ampliado e a formação médica voltada ao cuidado integral.

**Palavras-chave** educação médica; currículo; aprendizagem baseada em problemas; determinantes sociais da saúde; condições de vida.

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Marília, Programa de Mestrado Profissional “Ensino em Saúde”, Marília, Brasil.  
lucustodio22@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Marília, Disciplina de Psicologia, Marília, Brasil.  
camilamugnai@gmail.com

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina de Marília, Núcleo de Clínica Médica, Marília, Brasil.  
iedafster@googlemail.com

## Abstract

This study characterizes the social dimension in the contexts represented in problem situations in a São Paulo state medical course that uses Problem-Based Learning. A total of 69 problem situations were analyzed, triggering the learning process from the first to the fourth grade and their respective tutor guides. To read the material, the Social Dimension Analysis Guide was used, developed by the researchers based on related documents and literature. For analysis, the discursive textual analysis method was adopted. The comparison between the learning objectives presented in the problem situations and in the guides showed disagreements and dichotomies. The characterization of the explored contexts did not portray the real territory: social equipment was scarcely addressed, but the areas of competence of individual, collective and management care placed a satisfactory emphasis on public policies. The analyzes of areas of risk, diversity and vulnerable groups were superficial and the intersectoral approach was little used. It is hoped, with these results, to provoke reflections about the construction of problem situations in problem-based learning, because the deepening of the description, such as the expansion of its approach, may favor the theoretical-practical articulation, the extended learning and the training medical care focused on comprehensive care.

**Keywords** medical education; curriculum; problem-based learning; social determinants of health; life conditions.

## Resumen

Este estudio caracteriza la dimensión social en los contextos representados en la situación problema en un curso médico realizado en el estado de São Paulo, que utiliza el Aprendizaje Basado en Problemas. Se analizaron 69 situaciones problemas, iniciadoras del proceso de aprendizaje del primero al cuarto ciclo y sus respectivos guías de tutoría. Para lectura del material, se usó el Guión de Análisis de la Dimensión Social, el cual lo hicieron las estudiadas que tomaron como base documentos y literatura relacionados. Para el análisis, se adoptó el método de análisis textual discursivo. La comparación entre los objetivos de aprendizaje presentados en las situaciones problemas y en los guiones mostró desacuerdos y dicotomías. La caracterización de los contextos estudiados no retrató el territorio real: los equipamientos sociales fueron poco abordados, pero las áreas de competencia del cuidado individual, colectivo y de gestión dieron un énfasis satisfactorio en las políticas públicas. Los análisis de las áreas de riesgo, diversidad y grupos vulnerables fueron superficiales y el enfoque intersectorial fue poco accionado. Se espera, con estos resultados, provocar reflexiones sobre la construcción de situaciones problemas en el aprendizaje basado en problemas, ya que la profundización de la descripción, como la expansión de su enfoque, puede favorecer la articulación teórico-práctica, el aprendizaje extendido y la capacitación médica dirigida al cuidado completo.

**Palabras clave:** educación médica; currículum aprendizaje basado en problemas; determinantes sociales de la salud; condiciones de vida.

## Introdução

A efetiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta o desafio de contar com profissionais da saúde preparados e sensibilizados para atender às necessidades de saúde da população (Cecílio, 2009) e que incorporem ao seu agir a importância e o impacto dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais para a saúde (Campos, Aguiar e Belisário, 2012).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina demandam a formação de profissionais de saúde competentes e aptos à integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais, ambientais e capazes de atuar para o desenvolvimento do SUS (Brasil, 2014).

A formação adequada de profissionais de saúde é essencial para o desenvolvimento e a manutenção do SUS, pois o trabalho em saúde jamais pode prescindir do elemento humano e de sua capacidade

técnica e humanística para a construção da atenção integral. É necessário apreender os determinantes do processo saúde-doença em sua complexidade e dinamismo (Campos, Aguiar e Belisário, 2012).

A discrepância entre o ensino e a realidade deve ser considerada durante a formação, a qual deve se ater à importância do alinhamento e da parceria entre a área formadora e aquela operadora de cuidados em saúde, além de responder às políticas públicas em ambas as áreas (Campos, Aguiar e Belisário, 2012).

Com o objetivo de ampliar esta articulação, os Ministérios da Saúde e Educação, há mais de 15 anos têm criado políticas de incentivo a mudanças curriculares, de aproximação ensino-saúde e de capacitação profissional (Campos, Aguiar e Belisário, 2012).

Discutem-se, nas instituições de ensino na área da saúde, métodos de aprendizagem que fomentem as mudanças necessárias ao novo profissional da saúde (Campos, Aguiar e Belisário, 2012).

Nesta perspectiva, observa-se, mundialmente, uma transição de métodos clássicos para inovadores; dentre eles, a 'Aprendizagem Baseada em Problemas' (ABP) ou *Problem-Based Learning* (PBL) (Campos, Aguiar e Belisário, 2012).

A ABP surgiu na década de 1960 na Mc Master's University, no Canadá; sua origem filosófica é baseada na teoria do conhecimento de Dewey. Essa teoria postula que a aprendizagem significativa ocorre pela reflexão sobre experiências vividas, com base em situações que provocam desequilíbrio. Essas situações geram um esforço ativo para que o indivíduo compreenda e se responsabilize pela produção de conhecimento e pela transformação de experiências futuras (Mamede et al., 2001).

Este modelo pedagógico visa ao desenvolvimento de raciocínio clínico e habilidades para o estudo centrado no aluno, valorizando o conhecimento prévio e estimulando a aquisição e integração de novos conhecimentos (Barrows e Tamblyng, 1980). A base cognitiva da ABP tem como foco central a construção e a apreensão dos conhecimentos pelo acadêmico, sua participação ativa, seu protagonismo, e não a mera transmissão de conhecimentos (Mamede et al., 2001).

O processo de aprendizagem na ABP possui características e elementos básicos para sua materialização, tais quais: as situações-problema, o grupo tutorial, o tutor, o estudo individual, os pequenos grupos e a avaliação (Barrows e Tamblyng, 1980).

As situações-problema devem abordar prováveis problemas do mundo real e casos autênticos, relevantes e representativos (Aquilante et al., 2011; Mamede et al., 2001). Essas situações-problema devem preservar sua natureza interdisciplinar (Aquilante et al., 2011; Mamede et al., 2001; Jonassen e Hung, 2008). A estrutura do problema determina quais os objetivos a serem alcançados e pode favorecer a aprendizagem significativa. A construção das situações-problema ocorre na forma de casos, com o objetivo de motivar o aluno a buscar conhecimento e a compreender a situação, de forma a conduzir a uma solução que pode ser convergente ou divergente, já que novas ideias podem surgir nas discussões e, assim, diversos possíveis caminhos.

As situações-problema devem estimular o crescimento cognitivo dos alunos ao longo do curso (Aquilante et al., 2011; Mamede et al., 2001). A cada situação-problema disponibilizada aos estudantes, é oferecido aos tutores um guia que contém, entre outras informações, os objetivos específicos a serem atingidos durante o processo tutorial. Cabe destacar que esses objetivos são desconhecidos pelos estudantes (Mamede et al., 2001). A coerência entre as situações-problema e guias do tutor é um aspecto fundamental para que os objetivos de aprendizagem sejam desenvolvidos ao longo do processo tutorial.

O tutor atua como facilitador no processo tutorial. Em termos gerais, sua função é estimular o pensamento crítico e o autoaprendizado dos estudantes (Prates e Sá, 2010). Cabe ao tutor promover a cooperação mútua entre os estudantes e garantir a aplicação dos passos tutoriais, mantendo o fluxo das discussões e fazendo questionamentos, inclusive sobre a aplicabilidade do assunto estudado.

Os tutores devem fazer perguntas que ajudem os estudantes a raciocinarem e a abordarem os fenômenos com profundidade, desde os aspectos moleculares até os culturais e socioeconômicos (Venturelli, 2003). A aprendizagem deve estar voltada para a prática e para a realidade, de forma a encontrar novos desafios e sua aplicabilidade. Daí a relevância de se compreender as várias dimensões que compõem a pessoa e seu entorno (Lima e Fazzi, 2018).

Assim, entende-se o conceito de dimensão social como a identidade e a subjetividade da pessoa, bem como seu processo de socialização, vivenciado nos diferentes espaços sociais do cotidiano, onde este indivíduo se desenvolve (Lima e Fazzi, 2018). De acordo com a medicina centrada na pessoa, o contexto é fundamental para a compreensão do indivíduo, pois “um médico clínico deve lembrar que o corpo é feito de vários sistemas interligados e que o indivíduo também existe dentro de outros sistemas, como a família, a comunidade e a ecologia” (Freeman e Brown, 2010, p. 89). Esse conjunto de elementos da dimensão social compreende, portanto, a singularidade do sujeito, bem como elementos do contexto social no qual está inserido.

Este estudo analisa a apresentação da dimensão social nas situações-problema e guias do tutor em currículo médico por ABP. São discutidos alguns aspectos relacionados especificamente à caracterização dos contextos apresentados nas situações-problema, demonstrando as possibilidades de integração e intervenção, aliadas à necessidade de pensar as ações de forma contextualizada com a realidade social. Também são apontadas as relações observadas entre os objetivos de aprendizagem presentes nas situações-problema e os destacados nos guias do tutor, no tocante ao contexto social.

## Método

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com análise documental (Silva, Almeida e Guindani, 2009), segundo referencial de descrição densa de Clifford Geertz (2017). O objetivo da pesquisa foi identificar os sentidos atribuídos à Dimensão Social expressos nos documentos institucionais, situações-problema e seus guias de tutor da ABP de um curso médico. Assim, realizou-se a descrição da Dimensão Social e apreensão dos significados e atos simbólicos dos textos escritos (Silva, Almeida e Guindani, 2009; Geertz, 2017).

O cenário do estudo foi uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública, localizada no interior paulista.

A partir da Constituição de 1988 e da criação do SUS, em razão de políticas públicas de saúde e formação profissional na área da saúde, esta IES tem participado, continuamente, de projetos: Uma Nova Iniciativa (UNI) na formação de profissionais de saúde (1992); Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares (PROMED), em 2003; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2005 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), em 2008. Tais projetos têm fomentado parcerias entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade, bem como mudanças em seu projeto educacional com a adesão, há mais de 20 anos, a métodos ativos de aprendizagem e o desenvolvimento de educação continuada e permanente desde 1997 (Faculdade de Medicina de Marília, 2014).

A IES propõe-se à formação de um médico generalista, ético, com visão política e crítico-reflexiva. O currículo atual é orientado por competência profissional, integrado e centrado no estudante. A competência profissional é entendida como a capacidade de mobilizar, de forma articulada, recursos cognitivos, afetivos e psicomotores, que permitam lidar, de modo ético, com situações complexas da prática profissional (Faculdade de Medicina de Marília, 2014). A organização curricular é interdisciplinar, integra as dimensões psicológica, social e a compreensão do processo saúde-doença, buscando a melhoria do cuidado prestado à comunidade. Baseia-se na investigação cooperativa, aplicação do currículo à práxis, na qual a relação entre os conteúdos aprendidos e sua validade para a compreensão e intervenção na realidade deve estar explícita para estudantes e professores (Faculdade de Medicina de Marília, 2014).

A estrutura curricular é anual e organizada nas seguintes Unidades Educacionais: Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES) e Unidade Educacional Eletiva (UEE).

A ABP é utilizada na UES da 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, no curso médico, e a aprendizagem parte de uma situação-problema, que deve representar a realidade. Na UES, ao lado das situações-problema, utiliza-se o guia

de tutor (Faculdade de Medicina de Marília, 2012, 2014). Cada série tem um grupo de construção multidisciplinar composto por professores das áreas básicas, psicologia, clínica, especialidades médicas e enfermagem. O grupo formula as situações-problema a partir de histórias reais advindas dos cenários de prática profissional (Faculdade de Medicina de Marília, 2012, 2014). As situações-problema apresentam diferentes estruturas: relatos de histórias de atendimento em diferentes serviços (alguns com exames e laudos), situações entre estudantes, estilos de vida e notícias da mídia. Os guias do tutor devem contemplar os principais objetivos de aprendizagem que as situações-problema pretendem atingir e servem para orientar os professores na facilitação dos pequenos grupos tutoriais.

Foram analisadas 69 situações-problema e os respectivos guias do tutor utilizados da primeira à quarta série do curso médico em 2016, totalizando 138 unidades de análise.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o Roteiro de Análise da Dimensão Social (RADS), elaborado pelas pesquisadoras e constituído por nove eixos: identificação; espaço; áreas de competências; vigilância em saúde; condições de vida – aspectos socioambientais e aspectos psicossociais –; acesso aos serviços de saúde; vínculo; autonomia; e, por fim, diversidades e vulnerabilidades. Esses eixos caracterizam o perfil dos personagens e contextos das situações-problema. O detalhamento desse instrumento foi descrito por Custódio et al. (2019).

Neste artigo, são abordados os seguintes eixos relacionados diretamente ao contexto: espaço, áreas de competência, vigilância da saúde, condições de vida – aspectos socioambientais – e as diversidades e vulnerabilidades.

Na análise do material de estudo para posterior confrontação ao RADS, foi utilizado o método da Análise Textual Discursiva (ATD) proposto por Moraes e Galiazzi (2006; 2007). A ATD, segundo os autores, é um processo auto-organizado que visa à compreensão do significado do fenômeno estudado, sendo composto por três momentos: unitarização, categorização e metatexto.

No primeiro momento do ciclo de análise, na unitarização, foram realizadas a fragmentação e a codificação em unidades de significado do corpus de análise. Assim, foram extraídos fragmentos e elementos constituintes dos textos. Esta etapa é caracterizada por um processo de desconstrução com o objetivo de elencar as unidades de análise.

No segundo momento do ciclo da análise, a categorização, organizaram-se as relações entre conceitos, associando as unidades de significados similares. Neste sentido, surgiram a designação e a definição das subcategorias que, nesta pesquisa, se constituíram nos denominados Elementos da dimensão social.

Desta forma, os elementos textuais possibilitaram o ordenamento de subcategorias *a priori* e emergentes. As subcategorias *a priori* são construídas a partir das palavras mais significativas das unidades de sentido, caracterizando o método dedutivo. As categorias emergentes caracterizam-se pelo método indutivo; elas são construídas com base nas unidades de análise e representam o objeto da relação estabelecida entre as unidades, visando à modificação ou ao aperfeiçoamento.

Orientado pelo método da ATD, foi realizada a leitura atenta e exaustiva de cada situação-problema e de seu respectivo guia do tutor, objetivando identificar os Elementos da dimensão social para cada Eixo do RADS. A leitura foi feita série por série e a cada documento lido, foi preenchido seu respectivo RADS. Os trechos e as expressões-chave selecionados nas situações-problema e guias foram codificados segundo as situações-problema pelas letras SP, seguida do número da situação-problema. Os trechos foram ordenados por sua sequência, seguido do número da série entre parênteses, como no exemplo: SP1 (1<sup>a</sup> série). Os fragmentos extraídos foram sistematizados nas categorias estabelecidas, de acordo com suas unidades de significado.

Dessa forma, com base em uma produção textual, elaborou-se um instrumento com Eixos e Elementos representativos da dimensão social.

Adicionalmente, calcularam-se as frequências relativas dos Elementos encontrados em cada situação-problema e guia nos Eixos estudados.

Por fugir ao escopo deste estudo voltado à análise da dimensão social presente nos textos e instrumentos pedagógicos (situações-problema, guia de tutor), não foi realizada a observação da prática tutorial.

## Resultados e discussão

Inicialmente, serão apresentadas as análises da relação entre os objetivos de aprendizagem presentes nas situações-problema e nos guias do tutor. Posteriormente, os resultados da análise de alguns Eixos que caracterizam o contexto social nas situações-problema e guias.

### Objetivos de aprendizagem nas situações-problema e nos guias do tutor: consonâncias e discrepâncias

Ao analisar situações-problema e guias, é possível observar certa incoerência entre eles em alguns momentos. Os resultados das relações entre os objetivos de aprendizagem apresentados nas situações-problema e os apontados nos guias do tutor indicaram cinco dimensões. A primeira refere-se ao momento em que o elemento da dimensão social é apresentado nas situações-problema e também aparece descrito no guia como proposta de estudo e pode, assim, possibilitar a abordagem e debate, dando visibilidade ao disparador. A segunda dimensão ocorre quando o elemento da dimensão social é apresentado nas situações-problema e não aparece descrito no guia, o que pode ter como consequência a invisibilidade do disparador, sendo ele pouco estudado. Na terceira dimensão, o elemento da dimensão social é apresentado na situação-problema e também aparece no guia, mas é descrito equivocadamente, o que pode ter como consequência a abordagem incorreta ou superficial do assunto. Na quarta dimensão, os elementos da dimensão social não aparecem descritos nem nas situações-problema e nem nos guias, o que pode produzir falta de integração dos aspectos biopsicossociais, propostos no currículo. Por fim, a quinta dimensão refere-se a quando o elemento da dimensão social não aparece na situação-problema e é solicitado no guia, o que pode ter como consequência a falta de estímulo, motivação e interesse para o debate.

As cinco dimensões foram encontradas nos resultados. A implicação desta diversidade, especialmente quando há incoerência entre as situações-problema e os guias é que, mesmo com elementos da dimensão social sendo apresentados nas situações-problema, é possível que eles não sejam considerados pedagogicamente como objeto de estudo.

Percebe-se, nos guias, falta de problematização dos temas, de estímulo à busca por conceitos, pesquisas e práticas sobre assuntos polêmicos, atuais e relevantes, que levem os estudantes ao debate mais amplo. Quando as temáticas aparecem, são apenas como itens ou tópicos incapazes de instrumentalizar os tutores.

A qualidade das situações-problema e guias do tutor e a coerência entre eles como ferramentas pedagógicas centrais na ABP são de grande relevância para a construção da aprendizagem e a futura formação profissional do estudante. Entende-se, portanto, que a dimensão psicossocial deveria estar presente nas situações-problema e nos guias do tutor, de modo integrado às demais dimensões apresentadas, sendo explicitada de forma clara e coerente para ser transformada em objeto de estudo.

Como não foram observadas tutorias e as análises realizadas referem-se aos textos, conforme já explicitado, é necessário, na prática, considerar a hipótese de sobreposição de outros riscos que vão do preparo adequado do material textual ao desempenho tutorial esperado.

Espera-se do tutor o papel de facilitador do processo de ensino e aprendizagem. Segundo Venturelli, (2003), os tutores precisam estimular os estudantes a abordarem os fenômenos com profundidade, desde os aspectos moleculares até os culturais e socioeconômicos. Obviamente, o desempenho desta função depende de muitas variáveis, como o perfil e a formação destes professores. O engajamento e a

adaptação dos estudantes ao método, condições e adequações de logística e espaço físico também devem ser considerados (Venturelli, 2003).

## Análise dos contextos sociais nas situações-problema e guias do tutor

No Quadro 1, são apresentados alguns resultados referentes aos contextos explicitados pelas situações-problema e guias do tutor, no comparativo de citação de aspectos da dimensão social presentes nas situações-problema e abordados no guia, segundo os eixos: espaço, áreas de competência, vigilância em saúde, e condições de vida. Este último eixo, relativo aos aspectos socioambientais e às diversidades e vulnerabilidades.

**Quadro 1 - Eixos e Elementos da dimensão social que caracterizam o contexto social**

EIXOS	ELEMENTOS
Espaço	Local, território, zona urbana, zona rural e cidade ou região específica.
	Complexidade do serviço: atenção básica, atenção secundária e atenção terciária.
	Tipo de serviço: política privada, política pública e política conveniada ou cooperada.
	Área de risco: área de contaminação ambiental, área de violência, área de tráfico de drogas e área de epidemia ou endemia.
	Equipamentos sociais de apoio: escola, igrejas, creche, serviços disponibilizados pelo governo, entidades filantrópicas e não governamentais.
	Intersetorialidade: educação, assistência social, transporte e meio ambiente.
Áreas de competências	Cuidado individual; cuidado coletivo e organização e gestão do trabalho em saúde.
Vigilância em Saúde	Ação de prevenção; ação de promoção; ação de assistência e ação de reabilitação.
Condições de vida	Aspectos socioambientais: alimentação, escolaridade, lazer, atividade física, condições de moradia, meio ambiente, acesso à informação, emprego ou trabalho, aspectos financeiros, renda, benefícios, aposentadoria e higiene e cuidados.
Diversidades e vulnerabilidades	Preconceito e discriminação; racismo; violência; grupos vulneráveis e minorias sociais e diversidade cultural.

Fonte: Os autores, com base no Roteiro de Análise da Dimensão Social.

Constatou-se um descompasso entre as situações-problema e os guias em alguns pontos. Determinadas informações aparecem nas situações-problema, mas não nos guias do tutor, o que pode levar o tutor a não enfocá-las e tampouco estimular sua discussão no grupo. Em alguns casos, é possível que os estudantes percebam a relevância do disparador e queiram discutir estes dados; ainda assim, a retaguarda do tutor não está assegurada. Por outro lado, em alguns momentos, os guias elencam conteúdos frágeis como disparadores nas situações-problema, o que pode não motivar os estudantes a

discutirem tais aspectos e exigir, assim, que o tutor realize determinada intervenção para ressignificar estes objetivos de aprendizagem.

Identificou-se que a maioria dos contextos apresentados nas situações-problema e guias fazem referência à zona urbana (91,30%), em consonância com a realidade do município, pois dados da Fundação Seade (2018) revelam que 95,51%, da população habita a zona urbana enquanto apenas 4,48% habita a zona rural.

O território e suas singularidades representam a identidade social, cultural, territorial das pessoas. Além de ser um espaço concreto, é onde se materializam as relações sociais, de poder, culturais, políticas e econômicas. Diz respeito à conjuntura, à estrutura, à rede de serviços, aos modos de produção, representados pelas condições sociais e individuais as quais os cidadãos estão submetidos (Jaramillo, 2018; Brasil, 2004).

Leite et al. (2017) e Lira, Albuquerque e Gurgel (2018) demonstram que os modos de adoecimento são diferentes na população rural quando comparada à urbana. Desde a divisão do trabalho até as dificuldades enfrentadas para acesso aos bens, aos serviços e às políticas públicas, ao próprio SUS, há muita diferença, o que produz causas distintas de adoecimento para homens e mulheres, incluindo o maior índice de violência de gênero.

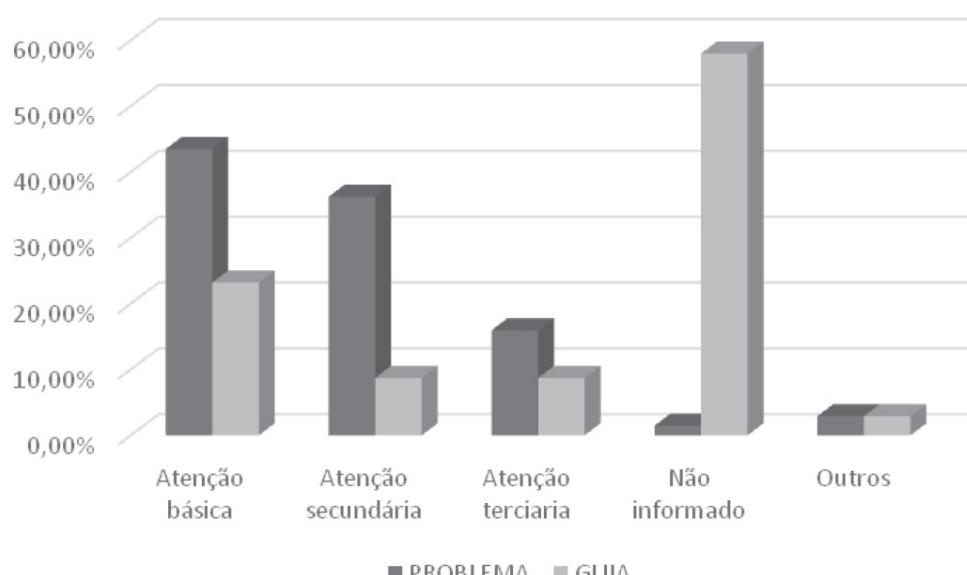
O território, portanto, merece destaque tanto nas situações-problema, quanto nos guias. A dimensão social não é dada, mas sim vivida (Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo, 2014). Neste sentido, as situações-problema permitiram aos estudantes acessarem duas realidades, contudo apenas uma delas foi suficientemente explorada pelo guia, deixando transparecer não se tratar de um objetivo de aprendizagem a ser desenvolvido pelo currículo.

De acordo com as DCNs de medicina (Brasil, 2014, p. 7), a ação-chave para a investigação de problemas de saúde inclui informações sobre o contexto em seu território, “visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento”.

Quanto à complexidade dos serviços presentes nos contextos das situações-problema e guias, a maior parte dos contextos não foram informados (Gráfico 1). Houve, também, situações-problema que exploraram outros contextos além da área da saúde, como a área da educação.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição da complexidade dos serviços presentes nas situações-problema e guias.

**Gráfico 1- Distribuição da complexidade dos serviços presentes nas situações-problema e guias do tutor em um currículo médico que utiliza aprendizagem baseada em problemas**



Fonte: Elaborado pelos autores, com base no Roteiro de Análise da Dimensão Social.

Para a dimensão social, é de extrema importância que os estudantes compreendam esta dinâmica entre os níveis de complexidade e rede de serviços que compõem o SUS, para referenciar e contrarreferenciar os usuários no sistema, garantindo um cuidado integral (Mendes, 2011).

Corroborando a ênfase das situações-problema e guias na Atenção Básica de Saúde (ABS), a lei n. 8.080 (Brasil, 1990), o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) e Aleluia et al. (2017) afirmam que a Atenção Primária de Saúde (APS) constitui-se como porta de entrada e ordenadora dos cuidados em saúde, pois está localizada no território do indivíduo.

No Eixo Espaço, os estudantes poderiam ter uma aproximação com todos os níveis de atenção, possibilitando a compreensão da organização das ações, das práticas e dos serviços em saúde, o que contempla a proposta apresentada nas DCNs.

Observa-se um descompasso entre as situações-problema e guias no que diz respeito a todos os elementos elencados. No Eixo Espaço, evidencia-se que o guia retoma 50% dos assuntos abordados nas situações-problema, sendo mais acentuado este declínio na atenção secundária de saúde.

Para a dimensão social, é importante que as situações-problema e guias enfatizem as políticas públicas de saúde para guardar coerência com a realidade brasileira e a locorregional para agir de forma estratégica no fortalecimento do direito à saúde. Assim, reconhece-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, regida pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, com forte presença do governo na organização, formulação e estruturação. Nesse sentido, o caráter público prevalece, majoritariamente, sobre o privado, que atua de forma complementar.

Acerca do Eixo Espaço, identificou-se que as situações-problema exploradas na área da saúde poderiam instigar um olhar ampliado para as políticas públicas, abordar espaços de controle social como as conferências e conselhos e fortalecer o exercício de cidadania e participação popular nas decisões e na avaliação dos serviços de saúde. É importante lembrar que tanto a iniciativa pública quanto privada é regulada pela Agência Nacional de Saúde suplementar e, portanto, todos os serviços são regulamentados pelo SUS.

Ocorre, novamente, descompasso entre os objetivos de aprendizagem das situações-problema e dos guias em todos os elementos elencados. Os aspectos das políticas públicas trazidos nas situações-problema não foram valorizados nos guias de tutor. Embora as DCNs e o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) evoquem a importância do engajamento do médico junto à rede prestadora de serviços, o guia não reforça a relevância deste aprendizado, fragilizando o processo.

É no cotidiano da vida que riscos e vulnerabilidades se constituem (Brasil, 2004), assim, ao se compreender a dinâmica e características dos territórios, é possível identificar estes processos e suas repercussões nas condições de vida e saúde das pessoas.

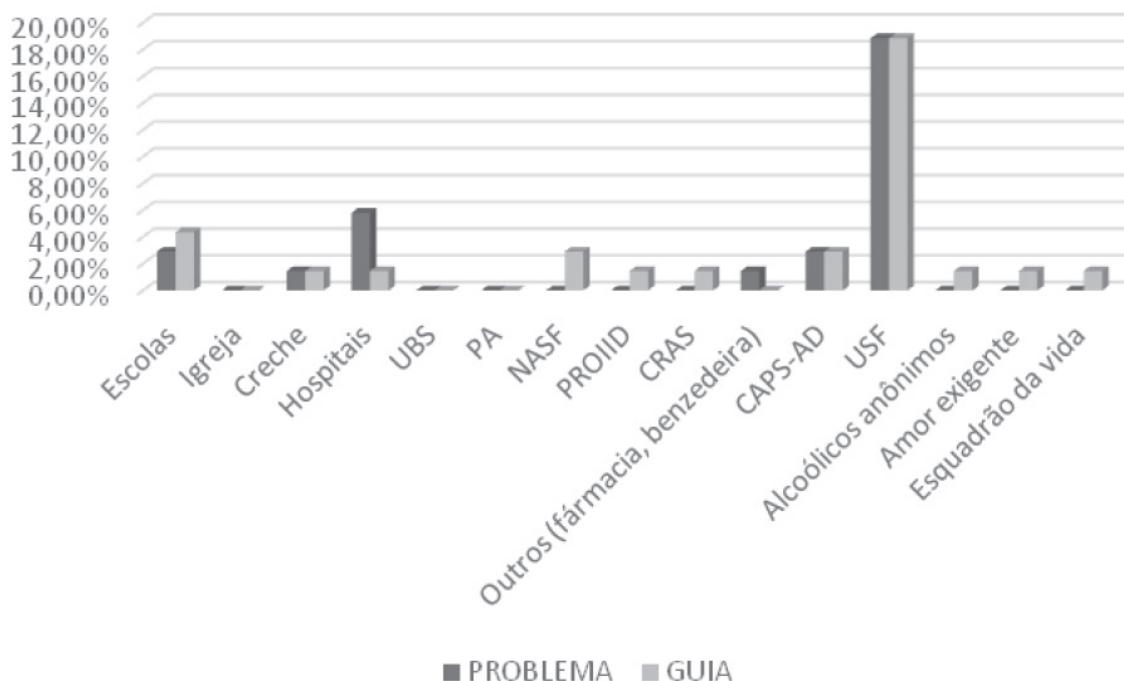
Pensar na ligação entre território, condições de vida e vulnerabilidade possibilita definir áreas de riscos. Na área da saúde, principalmente no processo de formação, é de extrema relevância reconhecer estes fatores, pois viabilizam o planejamento das ações do cuidado. Nesse sentido, Menezes et al. (2017) salientam a importância da relação entre usuário-território e o conhecimento da realidade local para o cuidado em saúde.

A maioria das situações-problema e guias não trazem elementos dos territórios que permitam análise de riscos ou associações aos problemas de saúde apresentados. O RADS trouxe quatro áreas de risco importantes a serem referenciadas pelas situações-problema e guias, sendo elas área de contaminação ambiental, área de violência, área de tráfico de drogas e área de epidemia-endemia. Somente duas delas foram contempladas nas situações-problema: a área de contaminação ambiental e a de epidemia-endemia. Neste caso, os objetivos de aprendizagem apresentados pelas situações-problema e guias foram coerentes.

Percebeu-se que a discussão sobre áreas de riscos foi limitada, o que pode fragilizar a ideia de integralidade da atenção em saúde. Conforme Aquilante et al. (2011) e Mamede et al. (2001), as situações-problema devem abordar prováveis problemas do mundo real, casos autênticos, relevantes e representativos.

No que se refere à distribuição dos equipamentos sociais de apoio nos contextos das situações-problema e guias, observa-se que nove dos 13 equipamentos sociais presentes no RADS foram abordados pelas situações-problema ou guias. O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos equipamentos sociais presentes nas situações-problema e guias.

**Gráfico 2 - Distribuição dos equipamentos sociais presentes nas situações-problema e guias do tutor em um currículo médico que utiliza aprendizagem baseada em problemas**



Legenda: UBS=Unidade Básica de Saúde; PA=Pronto-Atendimento; NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PROIID= Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar; CRAS= Centro de Referência de Assistência Social; CAPS-AD= Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; USF=Unidade de Saúde da Família  
Fonte: Elaborado pelos autores, com base no Roteiro de Análise da Dimensão Social.

Percebe-se que houve maior utilização da Unidade de Saúde da Família (USF), que faz parte da política de saúde na atenção básica. Verifica-se que os equipamentos sociais referenciados na política de saúde contemplaram os níveis de baixa, média e alta complexidades. Os equipamentos sociais explorados nas situações-problema e guias pertenciam às políticas de saúde, de educação e de assistência, bem como recursos comunitários.

Esperava-se que, com a inserção dos estudantes na ABS desde o primeiro ano do curso médico, os equipamentos sociais fossem mais explorados também na tutoria, situação não evidenciada.

Obviamente, a ABP representa apenas uma parte do currículo do curso. A expectativa de que a dimensão social seja abordada em sua totalidade nas situações-problema e guias certamente é inalcançável. Possivelmente, é na UPP que os estudantes terão muito mais oportunidades de vivenciar situações da realidade e problematizá-las de modo a abordar a dimensão social mais amplamente. Ocorre, porém, que o currículo se propõe integrado e deve, portanto, aproximar as Unidades Educacionais, com valorização de todos os aspectos relacionados ao ser humano e à saúde, evidenciando aos estudantes no processo de ensino e aprendizagem uma concepção ampliada e integral de cuidado.

No próprio PPC, afirma-se que tanto as UPPs quanto as UESs têm, entre seus propósitos, a intenção de desenvolver e de articular recursos cognitivos, afetivos e psicomotores. A ideia é que esses recursos possam ser mobilizados para a realização de tarefas de identificação de necessidades de saúde do indivíduo, da família e do coletivo de pessoas, para ações de organização e gestão e alcance da competência profissional em vigilância à saúde. É previsto, inclusive, que nas tutorias sejam discutidas

situações vivenciadas na prática, propiciando reflexões e subsídios teóricos para transformar a realidade e superar o modelo biomédico (Faculdade de Medicina de Marília, 2014).

Quando a dimensão social não é abordada nas situações-problema e, consequentemente, nas tutorias, o currículo pode transmitir a mensagem de incoerência para os estudantes, desmotivá-los a conhecer elementos que não sejam valorizados na ABP ou mesmo gerar falhas no subsídio teórico a ser desenvolvido para a prática.

É importante que os estudantes tenham um olhar ampliado na identificação da potencialidade do equipamento social de apoio para integrá-lo na linha de cuidado, bem como que valorizem e respeitem práticas culturais constituídas nessa rede.

Quanto à utilização dos equipamentos sociais, observam-se três pontos semelhantes entre as situações-problema e os guias (creche, Caps-AD e USF) mantendo coerência com os objetivos de aprendizagem. Porém, também se identificam descompassos em relação a outros três (escolas, hospitais e farmácia). Observa-se que nestes três elementos, os guias não retomam a discussão na mesma proporcionalidade com que apareceram nas situações-problema e, consequentemente, não ajudam a construir o conhecimento. Percebe-se que, em seis elementos (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar – PROIID, Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Alcoólicos anônimos, Amor exigente e Esquadrão da vida), os guias foram além dos pontos abordados pelas situações-problema, referenciando equipamentos sociais diferentes dos que as situações-problema induziram. Quando uma informação aparece no guia e não aparece na situação-problema, dificilmente torna-se significativa para o estudante.

Quanto às ações intersetoriais abordadas, elas contemplaram as políticas de Educação (2,90%) e Assistência Social (1,45%). A intersetorialidade foi o eixo com o menor índice de abordagem nas situações-problema e nos guias, sendo contemplada somente em 3% dos conteúdos. Não foram citadas ações que articulassesem o setor da saúde com o transporte e meio ambiente.

Do ponto de vista social, além do aspecto relacionado diretamente à área da saúde, os usuários possuem demandas sociais, familiares, financeiras, judiciais, de moradias, de transportes etc. Enfim, para atender a essas necessidades, é indispensável uma abordagem intersetorial.

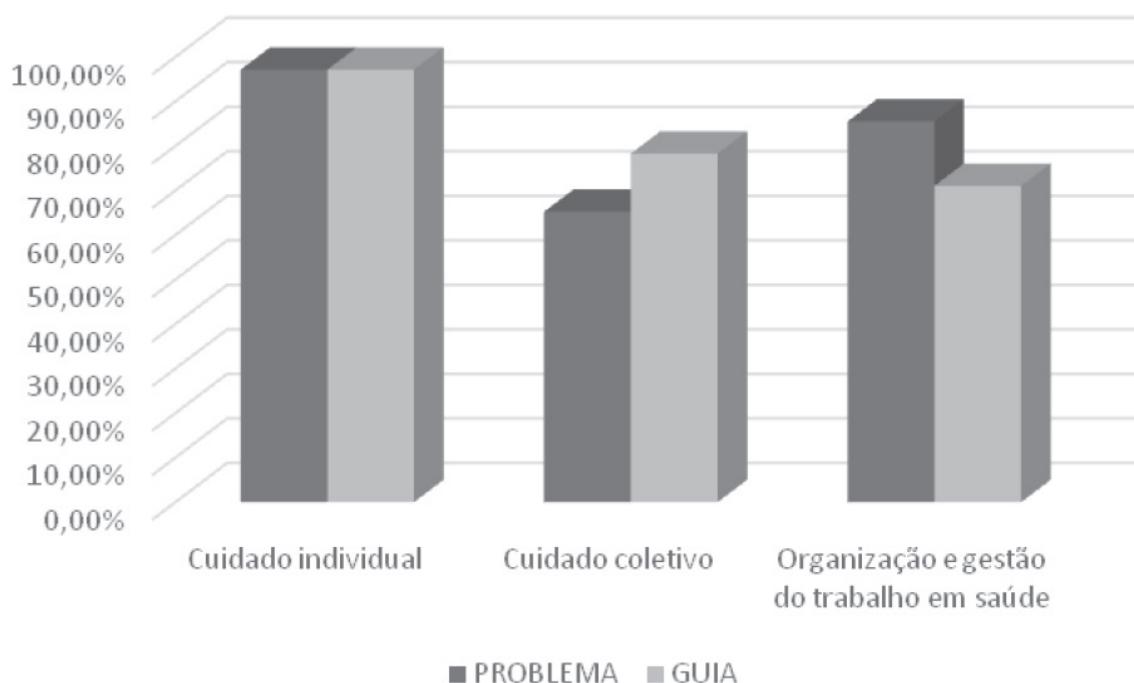
Considera-se que a noção de intersetorialidade é construída a partir do processo de formação, correlacionando o conhecimento e as práticas. A matriz que nos apoia a explicar o discurso intersetorial permeia as dimensões que integram o ser humano (biológica, psicológica e social) e a complexidade que determina o processo saúde-doença. Assim, a saúde é resultante das condições de vida e trabalho. Diante desta complexidade, a cooperação entre as políticas e serviços é fundamental para o cuidado integral (Carvalho, Buss, 2012; Tavares et al., 2016).

Acrescenta-se a necessidade de superar práticas disciplinares em respostas aos problemas de saúde, acionar outros setores, construir outros caminhos de sensibilização para o cuidado. Neste sentido, Tavares et al. (2016, p. 1800), com base no referencial da promoção da saúde, reforçam a importância de ações intersetoriais e relatam que “essa natureza dinâmica e complexa requer uma formação profissional capaz de construir capacidades que facilitem formular e colocar em prática seus princípios teóricos e metodológicos”.

Quanto às áreas de competência (Gráfico 3), observa-se um ponto de semelhança entre as situações-problema e os guias na área de competência do cuidado individual. Percebe-se que todos os elementos presentes no RADS foram abordados pelas situações-problema e pelos guias. Identifica-se, ademais, que, na área de cuidado coletivo, o guia esperava mais do que as situações-problema possibilitaram. Na área de organização e gestão, os guias não valorizaram todos os pontos abordados pelas situações-problema.

O Gráfico 3 apresenta a distribuição das áreas de competência presentes nas situações-problema e guias.

**Gráfico 3 – Distribuição das áreas de competência presentes nas situações-problema e guias do tutor em um currículo médico que utiliza aprendizagem baseada em problemas**



Fonte: Elaborado pelos autores, com base no Roteiro de Análise da Dimensão Social.

Do ponto de vista social, as áreas de competência têm relação direta com o processo de trabalho e as respostas às demandas da realidade tanto individuais quanto coletivas.

Os sentidos atribuídos pelo cuidado competente perpassam o ato, a técnica e as práticas, visando à integralidade em saúde. São sentidos permeados por valores éticos e humanistas. O resultado final deste processo é observado na prática quando os usuários são atendidos em suas necessidades e avaliam o atendimento satisfatoriamente pela assistência recebida, como resultado de atividades competentes (Lopes, Bicudo e Zanolli, 2017).

Com a inserção dos estudantes na ABS nos primeiros anos de formação, espera-se que o cuidado coletivo seja bastante referenciado para dar sentido às práticas presentes no contexto, porém observa-se que é o eixo menos abordado dentre as áreas estudadas.

Do ponto de vista social, a vigilância em saúde faz parte da organização do sistema de saúde; trata-se, portanto, da articulação e integração entre os diversos saberes, práticas e olhares no processo de trabalho.

Observou-se que todos os elementos presentes no RADS foram contemplados pelas situações-problema e pelos guias (ação de prevenção, promoção, assistência e reabilitação). Porém, quanto à prevenção, assistência e reabilitação, identifica-se que os guias não proporcionaram discussão de todos os pontos abordados nas situações-problema, de forma que a temática pode não ter tido significado para o estudante. Já nas ações de promoção, os guias esperavam mais do que o proposto pelas situações-problema. Neste sentido, o tutor precisaria apontar mais incisivamente o conteúdo do guia, o que pareceria descontextualizado para o estudante por não estar claro na situação-problema.

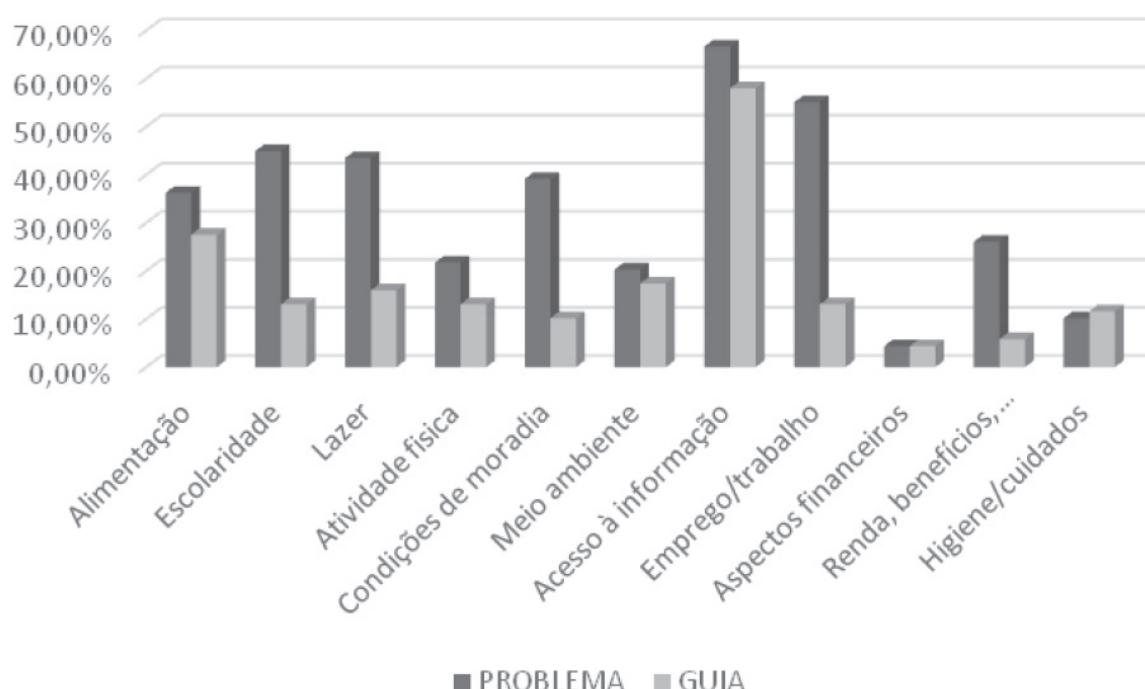
Percebeu-se, portanto, que a abordagem integral precisa ser ampliada. Algumas situações-problema e guias ainda trazem um viés assistencialista.

Neste sentido, considera-se que os problemas de saúde proporcionem abordagem integral que inclua ações e práticas assistenciais, reabilitadoras, preventivas e de promoção com ampliação do olhar para o todo. As ações de vigilância em saúde representam efetividade no cuidado integral, reduzindo a mortalidade e fatores de risco (Malta et al., 2016; Mafra e Vianna, 2017).

Quanto às condições de vida, com relação aos aspectos socioambientais (Gráfico 4), observou-se que todos os elementos presentes no RADS foram referenciados pelas situações-problema e pelos guias. Porém, verificou-se coerência entre situação e guia apenas em um dos 11 itens elencados, o aspecto financeiro. Os elementos com maior divergência entre os conteúdos das situações-problema e guias foram a escolaridade, o lazer, as condições de moradia, o emprego e trabalho e a renda e benefícios, os quais apareceram nas situações-problema, mas não foram valorizados nos guias.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição dos aspectos socioambientais presentes nas situações-problema e guias do tutor.

**Gráfico 4 - Distribuição dos aspectos socioambientais presentes nas situações-problema e guias do tutor em um currículo médico que utiliza aprendizagem baseada em problemas**



Fonte: Elaborado pelos autores, com base no Roteiro de Análise da Dimensão Social.

Este eixo é um dos mais importantes para se construir e integrar as dimensões nos contextos das situações-problema e dos guias para compreensão dos problemas de saúde.

Verificou-se que os aspectos relacionados aos direitos sociais – artigo 6º da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) –, como a alimentação, a educação, o trabalho, a moradia e o lazer, foram referenciados pelas situações-problema e guias. Esses são aspectos endossados pela lei n. 8.080 (Brasil, 1990) como fatores determinantes e condicionantes dos níveis de saúde; somam-se a eles o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a atividade física, o transporte e os acessos aos bens e serviços essenciais.

A educação evidencia o grau de instrução dos indivíduos e seu acesso reforça o direito social, como demonstra o perfil do indivíduo (Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo, 2017; Brasil, 1990; Brasil, 1988). O lazer diz respeito à convivência social em espaços de diversão e satisfação benéficos para vida; contudo, o lazer também pode ocasionar problemas de saúde, assim como sua falta pode acentuá-los. A atividade física é de extrema importância para a saúde e qualidade de vida. O meio ambiente e as condições de vida permitem explorar e utilizar informações que incluem os contextos internos e externos dos indivíduos, podendo associar, ampliar e explicar causas, efeitos e determinantes do processo saúde e doença (Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo, 2017; Brasil, 1988; Brasil, 1990).

O acesso à informação permeia essa relação do profissional de saúde com o usuário, pois contribui para sua autonomia. O emprego, o trabalho, a renda, os benefícios, as aposentadorias e os aspectos financeiros têm relação com o acesso a bens e serviços essenciais para subsistência, estando ligados ao poder econômico e às condições de trabalho, saúde e vida que interferem no processo saúde-doença. Percebe-se que o aspecto financeiro teve o menor percentual de abordagem nas situações-problema e nos guias.

O fato de os aspectos socioambientais estarem presentes nas situações-problema e, também, nos guias revela uma potencialidade importante nestes materiais, uma vez que os elementos estão, de algum modo, descritos. Ocorre, porém, que, em sua maioria, as situações-problema contêm muitas informações, o que dificulta a análise da dimensão social.

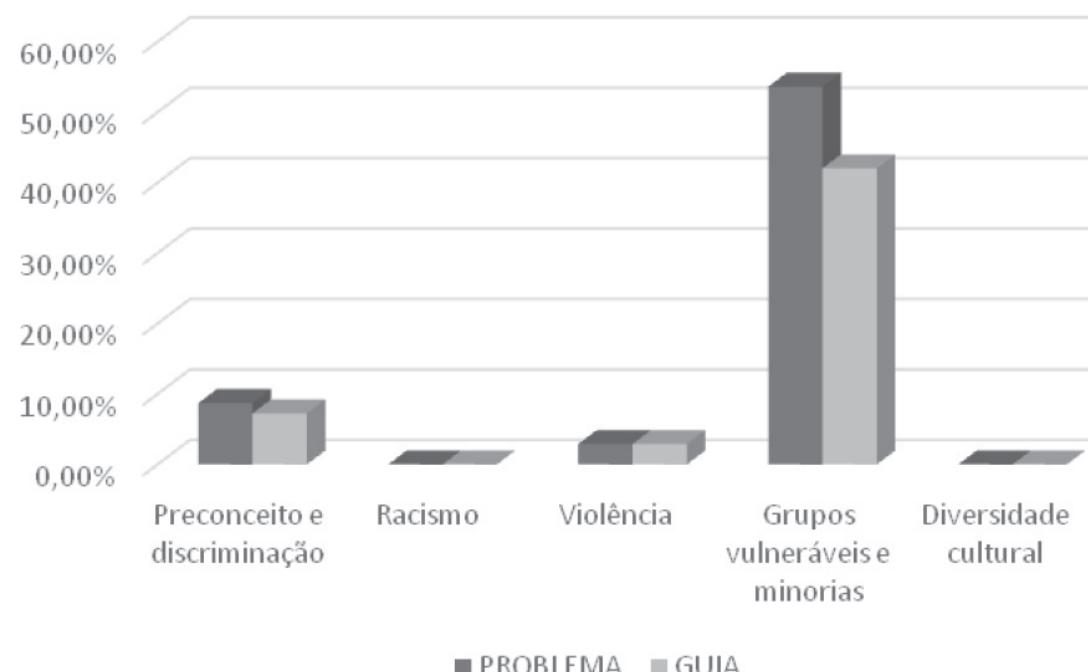
Para a compreensão da importância da dimensão social nos problemas de saúde, faz-se necessário sua representação. Porém, mais do que a simples descrição, eles precisam ser problematizados e inseridos em contextos que façam sentido. Conforme Prates e Sá (2010), espera-se que a ABP promova a aprendizagem integrada e contextualizada. Em relação à dimensão social, não é diferente. As situações-problema e guias devem apresentar informações de modo a despertarem no grupo interesse, questionamentos e motivação para estudo sobre o tema.

A qualidade de vida e a saúde estão intimamente ligadas à respostas às necessidades básicas na garantia dos direitos humanos. Tem-se, aqui, um ponto de contato entre as condições de saúde e os aspectos socioambientais.

Segundo as DCNs, devem ser fortalecidos, na formação do médico, os aspectos da educação em saúde, para que estes profissionais auxiliem seus pacientes a terem mais autonomia e a construírem cidadania. Assim, a temática diversidade e a vulnerabilidade (Gráfico 5) deveriam estar mais presentes nas situações-problema e nos guias.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição da temática diversidades e vulnerabilidades presentes nas situações-problema e guias do tutor.

**Gráfico 5 - Distribuição da temática diversidades e vulnerabilidades presentes nas situações-problema e guias do tutor em um currículo médico que utiliza aprendizagem baseada em problemas**



Fonte: Elaborado pelos autores, com base no Roteiro de Análise da Dimensão Social.

Diversidades e vulnerabilidades surgem na área da saúde para dar visibilidade às demandas de grupos específicos por direitos, atendimentos humanizados e acesso às políticas públicas no reconhecimento, respeito, cidadania e aceitação das diferenças.

O preconceito e a discriminação podem ser compreendidos como qualquer opinião e tratamento injusto ou negativo a um grupo ou uma pessoa, baseados em hábitos de julgamentos (Barroco, 2016). As formas de preconceito e de discriminação referenciadas pelas situações-problema e pelos guias foram relacionadas a grupos variados: obesos, idosos, alcoolistas, homossexuais, transexuais e presidiários.

Trabalhar temáticas atuais no processo de formação proporciona reflexão, discussão e conhecimento na prevenção de práticas constrangedoras e discriminatórias nos atendimentos em saúde. Deve-se buscar ações fundamentadas no código de ética profissional e princípios da bioética.

Estes elementos precisam, porém, ser trabalhados de forma bem fundamentada. Percebeu-se que uma situação-problema apresentou um caso relacionado à homossexualidade e à transexualidade e o guia enfatizou o assunto, o que seria positivo, do ponto de vista da coerência entre situação-problema e guia e do destaque aos temas. Neste caso, em específico, porém, havia diferentes aspectos da diversidade sexual contemplados, como orientação sexual e identidade de gênero. Esses assuntos foram apresentados no guia de modo tão superficial, que se correu o risco de confusão conceitual, repercussão negativa nas tutorias e, consequentemente, na prática dos profissionais.

Outra situação na qual um elemento apareceu na situação-problema, mas não no guia, foi a existência de um personagem presidiário. Esse caso poderia ser aproveitado para representar a população carcerária brasileira, que, segundo dados de 2016, chega a mais de 622 mil detentos (Brasil, 2016), e discutir seu contexto de vida e saúde, mas a situação-problema ressaltou estigmas e preconceitos sobre esta população. Ademais, a temática não foi apontada no respectivo guia de modo a estimular o debate sobre este aspecto. Ou seja, não houve, necessariamente, a intencionalidade de gerar o aprendizado e, ainda mais alarmante, incorreu-se no risco de fortalecer estigmas e preconceitos. Assim, a construção deve ser muito cuidadosa em relação às representações sociais que podem ser reproduzidas.

A temática racismo não foi explorada pelas situações-problema e pelos guias. O racismo está associado a preconceitos contra grupos étnicos e manifesta-se em ações concretas, diretas ou indiretas, de discriminação (Rocha, 2016).

A violência pode ser compreendida:

como o uso de força física e poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (World Health Organization, 1996).

A temática da violência foi explorada pelas situações-problema e pelos guias somente na faixa etária da infância, mas pôde proporcionar aos estudantes reflexão voltada à integralidade no cuidado em saúde. Os guias, ao mencionarem leis e normas que nortearão suas práticas, podem capacitar os profissionais para a compreensão das relações sociais conflituosas que emanam deste contexto, bem como para desenvolverem estratégias de prevenção.

A violência é considerada um grave problema de saúde pública; desse modo, esperava-se que fosse mais explorada pelas situações-problema e pelos guias no processo de formação. Afinal, os profissionais de saúde desempenham papel fundamental no levantamento da suspeita, na confirmação do diagnóstico, bem como no tratamento e nas medidas legais de proteção cabíveis.

Identificou-se que o elemento 'grupos vulneráveis e minorias sociais' foram os mais representados deste Eixo nas situações-problema e nos guias. Esta temática foi elencada no RADS na busca de se reconhecer a pluralidade existente no campo das relações humanas, bem como compreender que são indivíduos suscetíveis de serem ofendidos e não considerados.

Os grupos vulneráveis são compostos de pessoas ou grupos que buscam “exercer seus direitos sem guardar a preservação do traço que o colocou em discriminação para com o restante da sociedade” (Siqueira e Castro, 2017, p. 118); já as minorias sociais:

buscam ter direitos, bem como exercê-los, preservando o objeto de discriminação, por fazer parte do traço cultural, um elemento identificador da sua cultura, a identidade que une indivíduo aos demais de seu grupo específico (Siqueira e Castro, 2017, p. 118).

Os grupos vulneráveis e minorias sociais abordados pelas situações-problema foram: crianças, idosos, negros, homossexuais, mulheres, adolescentes e usuários de substâncias psicoativas. Alguns desses grupos foram vistos e considerados em sua condição; outros, apenas citados. Não foram referenciados os indígenas, refugiados e deficientes.

Esta temática poderia ter sido mais bem explorada se consideradas as políticas públicas destinadas a estes grupos. Diante da realidade locorregional, a população moradora de rua também precisaria ser abordada.

A diversidade cultural não foi trabalhada pelas situações-problema e pelos guias. Ela é traduzida pela convivência e interação da pluralidade de culturas existentes no campo das relações humanas. A diversidade cultural foi elencada no RADS na busca de conhecimento de práticas culturais que possam contribuir ou interferir no processo saúde-doença.

Rückert, Cunha e Modena (2018) ressaltam maior valorização das práticas tradicionais de saúde das populações, bem como integração aos saberes do sistema convencional de saúde. O estudo aponta práticas de cuidado com preparo de remédios caseiros à base de plantas medicinais, preparos alimentares, entre outros, que são concebidos, por meio de suas heranças culturais.

Nas análises das situações-problema, estas não apresentaram variedade no perfil dos personagens. Identificou-se número reduzido de personagens, pois alguns aparecem de duas a três vezes nas situações-problema. Quando não, as situações-problema giram em torno de uma única família. Neste sentido, a diversidade do ponto de vista da dimensão social ficou limitada a um número escasso de personagens.

Segundo Barros (2016, p.113), os profissionais da medicina, “sem dúvida, são altamente capacitados no aspecto biomédico, mas a falta de formação em ciências sociais pode limitar sua habilidade e competência para lidar com problemas contemporâneos de saúde”.

## Conclusões

A comparação entre os objetivos de aprendizagem apresentados nas situações-problema e nos guias evidenciou discordâncias e dicotomias. Esses aspectos têm, possivelmente, implicações negativas no processo de ensino e aprendizagem nos grupos tutoriais, pois os elementos da dimensão social podem não ser considerados pedagogicamente como objeto de estudo.

A caracterização dos contextos explorados não retratou o território real locorregional, pois elementos sociais importantes foram pouco abordados.

De modo adequado, foram apresentadas as áreas de competência do cuidado individual, coletivo e gestão, com ênfase em políticas públicas e na atenção básica. As análises de áreas de riscos, diversidade e grupos vulneráveis, porém, foram superficiais. Além disso, os equipamentos sociais e a intersetorialidade foram pouco acionados.

A integralidade do cuidado à saúde da pessoa perpassa pela compreensão de todo seu contexto de vida, pois não é possível abordar suas necessidades de saúde sem antes reconhecer sua identidade, valores e historicidade.

A UES é uma das unidades que compõem o currículo. Nesse sentido, não se espera que a dimensão social seja abordada em totalidade por ela. Espera-se, por outro lado, coerência na proposta curricular, no olhar integral para o ser humano e na representação de seu contexto de vida em todos os cenários. Além disso, a ABP propõe-se, no currículo, a garantir a construção de conhecimentos, conceitos e fundamentações teóricas que subsidiem a prática, bem como sejam influenciados por ela mutuamente.

Essas lacunas de informações repercutem nas práticas de cuidado, no raciocínio lógico e na integração desta dimensão às demais, o que compromete a representação da dimensão social no curso de medicina da referida instituição.

Pesquisas futuras devem ser realizadas para aprofundamento do tema, avançando para a observação da realização das sessões tutorias, análise das questões de aprendizagem levantadas pelos grupos, das avaliações realizadas, entre outras.

Espera-se, com estes resultados, contribuir para reflexões no processo de construção de situações-problema em IESs que utilizam ABP, de modo a aprofundar, nas situações-problema, a descrição dos contextos sociais e ampliar sua abordagem nos guias do tutor. Com isso, visa-se a um aprendizado ampliado e a uma formação de médicos voltada ao cuidado integral em saúde.

## Informações do artigo

### Apresentação prévia

Este artigo faz parte do projeto da Dissertação de Mestrado desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da Faculdade de Medicina de Marília, de autoria de Lucimara Aparecida Faustino Custódio, sob a orientação das demais autoras e defendida em 2018.

### Comitê de Ética em Pesquisa

O estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília sob o nº 2.040.831.

### Contribuição dos autores

As autoras colaboraram igualmente em todas as fases de elaboração do manuscrito e aprovaram a versão final do artigo.

### Financiamento

Não há.

### Conflito de interesses

Não há.

## Referências

- ALELUIA, Italo R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- AQUILANTE, Aline G. et al. Situações-problema simuladas: uma análise do processo de construção. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 147-156, 2011.
- BARROCO, Maria L. S. *O que é preconceito?* Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2016.
- BARROS, Nelson F. *As ciências sociais na educação médica*. São Paulo: Hucitec, 2016.
- BARROWS, Howard S.; TAMBLYN, Robyn M. *Problem-based learning: an approach to medical education*. New York: Springer, 1980.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Senado Federal, Brasília, DF, 5 out. 1998. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 18 jul. 2018.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, p.1-5. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providencias. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção I, p. 8-11. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Justiça. População carcerária brasileira chega a mais de 622 mil detentos. Brasília: Ministério da Justiça, 2016. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/news/populacao-carceraria-brasileira-chega-a-mais-de-622-mil-detentos>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n. 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 28 out. 2004. Seção I, p. 110-121. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/10/2004&jornal=1&pagina=110totalArquivos=196>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43-51. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/02/2006&jornal=1pagina=43&totalArquivos=120>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- CAMPOS, Francisco E.; AGUIAR, Raphael A. T.; BELISÁRIO, Soraya A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA Lígia et al. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 885-932.
- CARVALHO, Antonio I.; BUSS, Paulo M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 121-142.
- CECÍLIO, Luiz C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Ed.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 117-130.
- CUSTÓDIO, Lucimara A. F. et al. Social Dimension Analysis Script (SDAS): descriptive inventory for problem based learning in health area. *Creative Education*, Wuhan, v. 10, n. 6, p. 1091-1107, 2019.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Projeto Pedagógico do curso de Medicina. Marília: Famema, 2014. Disponível em: <<http://www.famema.br/ensino/cursos/medicina.php>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. O currículo da Famema. Marília: Famema, 2012. Disponível em: <[http://www.famema.br/ensino/cursos/docs/Texto\\_Curriculo\\_Medicina\\_2012.pdf](http://www.famema.br/ensino/cursos/docs/Texto_Curriculo_Medicina_2012.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FREEMAN, Thomas R.; BROWN, Judith B. O segundo componente: entendendo a pessoa como um todo, seção 2: contexto. In: STEWART, Moira et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 89-100.

FUNDAÇÃO SEADE. Informações dos municípios paulistas: Marília, população e estatísticas vitais: população rural e população urbana. São Paulo: Fundação Seade, 2018. Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

GARBOIS, Júlia A.; SODRÉ, Francis. DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o social em questão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1173-1182, 2014.

GARBOIS, Júlia A.; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

JARAMILLO, Astrid N. M. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. e00075117, 2018.

JONASSEN, David H.; HUNG, Woei. All problems are not equal: implications for problem-based learning. *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning*, West Lafayette, v. 2, n. 2, p. 6-28, 2008.

LEITE, Jader F. et al. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 301-316, 2017.

LIMA, Jair A.; FAZZI, Rita C. A subjetividade como reflexividade e pluralidade: notas sobre a centralidade do sujeito nos processos sociais. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 20, n. 48, p. 246-270, 2018.

LIRA, Paulo V. R. A.; ALBUQUERQUE, Pedro C. C.; GURGEL, Idê G. D. Trabalho e estranhamento: a determinação social da saúde em assentamentos. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 431-452, 2018.

LOPES, Cristiane M. C.; BICUDO, Angélica M.; ZANOLLI, Maria L. Qualificação como médico preceptor e a satisfação de seus clientes quanto à assistência recebida na UBS de origem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 145-151, 2017.

MAFRA, Gabriela M.; VIANNA, Karina M. P. O cuidado ao idoso do ponto de vista fonoaudiológico na rede assistencial em saúde de Florianópolis: uma ação de vigilância em saúde. *CoDAS*, São Paulo, v. 29, n. 5, p. e20160226, 2017.

MALTA, Deborah C. et al. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2016.

MAMEDE, Silvia et al. *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec, 2001.

MENDES, Eugênio V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2018.

MENEZES, Erica L. C. et al. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 888-903, 2017.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência e Educação*, Bauru, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria C. *Análise textual discursiva*. Ijuí: Unijuí, 2007.

PRATES, Maria E. V. O.; SÁ, Maria R. G. B. O professor-tutor no processo formativo médico: a compreensão do estudante. In: TENÓRIO, Robinson M; SILVA, Reginaldo S. (org.). *Capacitação docente e responsabilidade social: aportes pluridisciplinares*. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 194-217.

ROCHA, Roseli. *Racismo*. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2016.

RÜCKERT, Bianca; CUNHA, Daisy M.; MODENA, Celina M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 903-914, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1414-3283-icse-1807-576220170449.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SILVA, Jackson R. S.; ALMEIDA, Cristovão D.; GUINDANI, Joel F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira História e Ciências Sociais*, Santa Vitória do Palmar, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SIQUEIRA, Dirceu P; CASTRO, Lorena R. B. Minorias e grupos vulneráveis: a questão terminológica como fator preponderante para uma real inclusão social. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas*, Bebedouro, v. 5, n. 1, p. 105-122, 2017. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/219/pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

TAVARES, Maria F. L. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016.

VENTURELLI, José. *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos: inminencia y necesidad del cambio en el camino de la equidad, calidad y eficiencia de una salud para todos*. 2. ed. Washington: OMS/OPAS, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. *Violence: a public health priority*. Geneva: WHO, 1996.