



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA

"ALINHAMENTO DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DE CURSOS DE
MEDICINA COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM DIFERENTES
MODELOS CURRICULARES"

*"ALIGNMENT OF THE PEDAGOGICAL POLITICAL PROJECT OF MEDICINE
COURSES WITH THE NATIONAL CURRICULAR GUIDELINES IN DIFFERENT
CURRICULAR MODELS"*

CAMPINAS

2018

CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA

“ALINHAMENTO DO PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSOS DE MEDICINA COM
AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM DIFERENTES MODELOS
CURRICULARES”

*"ALIGNMENT OF THE PEDAGOGICAL PROJECT OF MEDICINE COURSES WITH
THE NATIONAL CURRICULAR GUIDELINES IN DIFFERENT CURRICULAR
MODELS"*

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Doutor em Ciências na Área de
Ensino em Saúde.

*Doctoral Thesis presented to the Faculty of Medical Sciences of the
State University of Campinas as part of the requisites required to obtain
the PhD degree in Sciences in the Area of Health Teaching.*

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Eliana Martorano Amaral

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO DE DEFESA DA TESE DO
ALUNO CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA, E ORIENTADA PELA PROFESSORA
DRA. ELIANA MARTORANO AMARAL.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: <https://orcid.org/0000.0002.4442-6084>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

OL4a Oliveira, Carlos Alberto de, 1961-
Alinhamento do projeto pedagógico de cursos de medicina com as diretrizes curriculares nacionais em diferentes modelos curriculares / Carlos Alberto de Oliveira. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Eliana Martorano Amaral.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Ensino - Metodologia. 2. Diretrizes curriculares nacionais. 3. Currículo. 4. Educação médica. I. Amaral, Eliana Martorano, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Alignment of the pedagogical project of medicine courses with the national curricular guidelines in different curricular models

Palavras-chave em inglês:

Teaching, Methodology

Nacional curricular guidelines

Curriculum

Education, Medical

Área de concentração: Ensino em Saúde

Titulação: Doutor em Ciências

Banca examinadora:

Eliana Martorano Amaral [Orientador]

Joana Froes Bragança Bastos

Angelica Maria Bicudo

Maria José Duarte Osis

Fernando Antonio Almeida

Data de defesa: 07-12-2018

Programa de Pós-Graduação: Clínica Médica

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO
CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA**

ORIENTADOR: PROF^A. DR^A. ELIANA MARTORANO AMARAL

MEMBROS:

1. PROF^A. DR^A. ELIANA MARTORANO AMARAL

2. PROF. DR. FERNANDO ANTÔNIO DE ALMEIDA

3. PROF^A. DR^A. MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS

4. PROF^A. DR^A. ANGELICA MARIA BICUDO

5. PROF^A. DR^A. JOANA FRÓES BRAGANÇA BASTOS

Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data: 07 de dezembro de 2018

Dedico este trabalho à minha família, aos amigos, aos colegas professores e aos meus alunos que me apoiaram durante esta jornada.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelos primeiros ensinamentos na vida.

À minha esposa Mery, por toda ajuda, auxílio, carinho, compreensão, paciência, parceria e apoio, fundamentais durante a presente, difícil e longa jornada.

À minha filha Caroline Raquel por ser uma das razões de minha persistência.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Eliana Amaral, pelas orientações ao longo deste trabalho, aliadas à escuta paciente, ao auxílio e à compreensão durante os árduos processos que juntos finalizamos.

As Prof^{as}. Angélica Maria Bicudo, Joana Froes Bragança Bastos e Maria José Duarte Osis pelas contribuições e orientações sugeridas na banca de qualificação.

Aos funcionários da biblioteca da FCMS - PUCSP, pela inestimável ajuda na busca de referências e auxílio na compreensão de vários processos envolvidos na estruturação destas bibliografias.

Aos estudantes, coordenadores e assessorias pedagógicas, das duas instituições participantes, que me propiciaram a realização da coleta de dados da pesquisa.

Às queridas professoras Maria Helena Senger e Oscarina da Silva Ezequiel, pelo incentivo, pela ajuda nas revisões e pela escuta em momento crucial, propiciando avançar no doutorado.

Ao excelentíssimo colega Prof. Reinaldo Gianini pelo inestimável auxílio nas análises estatísticas.

A todas as pesquisadoras do CEMICAMP pela ajuda valiosa na coleta e análise dos dados das entrevistas e grupos focais, em especial a Silvana Bento, Karla de Pádua e Cristhiane Spadacio.

Aos meus colegas de doutorado que sempre me incentivaram com as críticas construtivas durante a elaboração do projeto de pesquisa, em especial aos amigos fairmerianos, pela escuta amiga, apoio e torcida.

Ao Yuri Ferreira de Lima, da Comissão de Pós-Graduação da FCM da Unicamp, por me atender presencial ou virtualmente com tamanha solicitude.

Aos verdadeiros mestres da minha vida.

Aos meus alunos que sempre me estimulam a querer aprender continuamente.

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) homologadas em 2014 reforçaram a recomendação para que os cursos de Medicina utilizem metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o que já estava presente nas DCN de 2001. No entanto, há dificuldades para essa adequação, com resistência à mudança. Desta forma, conhecer o alinhamento dos projetos pedagógicos de cursos de medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) pode contribuir para identificar facilitadores desta implantação. **Objetivos:** Identificar o alinhamento de diferentes modelos curriculares para cursos de medicina com as propostas de formação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001. **Métodos:** Realizamos um estudo de caso de duas escolas médicas (IES 1 e IES 2), que utilizam diferentes modelos de currículo, buscando avaliar se esses modelos facilitam ou dificultam o alinhamento com as DCN. Na primeira fase, foi realizada a análise documental dos projetos educacionais e dos planos de ensino das disciplinas. O alinhamento foi avaliado utilizando-se um instrumento criado especificamente para este fim. Na segunda fase, foram realizados quatro grupos focais, dois em cada instituição de ensino participante, com os estudantes do 3º e do 6º ano do curso de medicina. Para conhecermos a percepção dos docentes, realizamos entrevistas semiestruturadas com posterior análise de conteúdo das mesmas. **Resultados:** São apresentados quatro artigos: o primeiro resultou de uma análise documental do alinhamento dos projetos pedagógicos dos cursos de duas instituições de ensino superior com as diretrizes curriculares nacionais de 2001, o segundo apresenta as reflexões docentes acerca do estado atual deste alinhamento, o terceiro e quarto decorreram da análise de conteúdo dos grupos focais discentes, um com as reflexões destes no que refere ao alinhamento dos currículos de seus cursos e as diretrizes curriculares nacionais de 2001 e o outro com reflexões acerca das metodologias de ensino aprendizagem e propostas de melhorias. Observou-se que os escores totais mostraram adesão moderada e acentuada às DCN 2001, de 47,5 % (Instituição de Ensino Superior - IES1) e 82,5% (Instituição de Ensino Superior - IES2) respectivamente. As reflexões manifestadas pelos docentes das duas Instituições de Ensino Superior deixam claro que há uma distância (*gap*) entre o projeto pedagógico do curso e as diretrizes curriculares nacionais. Os discentes deixam claro que ainda são necessárias adequações para que ambos os cursos estejam alinhados com as DCN e que o currículo vivenciado nas IES os capacitava para a vida profissional, apesar da insegurança natural com a vida protegida da academia e o início da atividade profissional. **Conclusão:** As duas escolas, em momentos e de maneira diferentes, independentemente do modelo educacional adotado incorporaram o arcabouço das diretrizes curriculares nacionais gradativamente em seus projetos pedagógicos. A percepção diferenciada dos docentes, quanto ao alinhamento do PPC e as DCN, nas duas IES, decorre do fato de que a mudança na IES 2 ocorreu a mais tempo e os docentes já se adequaram melhor a metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Os alunos demonstraram ter uma visão positiva das novas metodologias de ensino aprendizagem, mas destacaram que são necessárias algumas mudanças e adaptações. **Palavras-chave:** Metodologias de Ensino, Diretrizes Curriculares Nacionais, Currículos.

ABSTRACT

Introduction: The National Curricular Guidelines (NCG) approved in 2014 reinforced the recommendation for medical courses to use active teaching-learning methodologies, which was already present in the 2001 NCG. However, there are difficulties for this adequacy, with resistance to change. In this way, knowing the alignment of the pedagogical projects of medical courses with the National Curricular Guidelines (2001) can contribute to identifying facilitators of this implantation.

Objectives: To evaluate the alignment of different curricular models for medical courses with the proposals of the formation of the National Curricular Guidelines of 2001.

Methods: We carried out a case study of two medical schools (Institution of higher education 1 and Institution of higher education 2), using different curriculum models, trying to evaluate if these models facilitate or difficult the alignment with the DCN. In the first phase, the documentary analysis of the educational projects and the teaching plans of the disciplines was carried out. Alignment was assessed using an instrument created specifically for this purpose. In the second phase, four focus groups were held, two in each participating teaching institution, with students in the 3rd and 6th year of medical school. To know the teachers' perception, we conducted semi-structured interviews with a subsequent content analysis of the same.

Results: Four articles were presented: the first one resulted from a documentary analysis of the alignment of the pedagogical projects of the courses of two institutions of higher education with the national curricular guidelines of 2001, the second presents the reflections on the current state of this alignment, the third and fourth were based on the content analysis of the student focus groups, one with their reflections regarding the alignment of their curricula and the national curricular guidelines of 2001 and the other with reflections on teaching-learning methodologies and improvement proposals. It was observed that the total scores showed moderate and marked adherence to the DCN 2001, of 47.5% (Institution of Higher Education - HE1) and 82.5% (Institution of Higher Education - HE2), respectively. The reflections expressed by the teachers of the two Higher Education Institutions make it clear that there is a gap between the pedagogical project of the course and the national curricular guidelines. The students make it clear that adjustments are still necessary so that both courses are aligned with the NCG and that the curriculum lived in the Institution of higher education enabled them to work, despite the natural insecurity with the protected life of the academy and the beginning of the professional activity.

Conclusion: The two schools, at different times and in different ways, independently of the adopted educational model incorporated the framework of the national curricular guidelines gradually in their pedagogical projects. The differentiated perception of teachers regarding the alignment of PPP and NCG in the two HEIs stems from the fact that the change in Institution of higher education 2 occurred the longest and teachers were already better suited to active teaching-learning methodologies. Students demonstrate a positive view of new methodologies of teaching-learning but emphasized that some changes and adaptations are necessary.

Keywords: Teaching Methodologies, National Curricular Guidelines, Curricula.

RESUMEN

Introducción: las Pautas curriculares nacionales (PCN) aprobadas en 2014 reforzaron la recomendación de que los cursos médicos utilicen metodologías activas de enseñanza-aprendizaje, que ya estaban presentes en la PCN de 2001. Sin embargo, existen dificultades para esta adecuación, con resistencia al cambio. De esta manera, conocer la alineación de los proyectos pedagógicos de los cursos médicos con las Pautas curriculares nacionales (2001) puede contribuir a identificar facilitadores de esta implantación. **Objetivos:** contrastar la alineación de diferentes modelos curriculares para cursos de medicina con las propuestas de formación de las Pautas curriculares nacionales de 2001. **Métodos:** Se realizó un estudio de caso de dos escuelas de medicina (Institución de educación superior 1 e Institución de educación superior). 2), utilizando diferentes modelos curriculares, tratando de evaluar si estos modelos facilitan o dificultan la alineación con el PCN. En la primera fase, se realizó el análisis documental de los proyectos educativos y los planes docentes de las disciplinas. La alineación se evaluó utilizando un instrumento creado específicamente para este propósito. En la segunda fase, se llevaron a cabo cuatro grupos focales, dos en cada institución docente participante, con estudiantes en el tercer y sexto año de la escuela de medicina. Para conocer la percepción de los docentes, realizamos entrevistas semiestructuradas con un posterior análisis de contenido de estos. **Resultados:** se presentaron cuatro artículos: el primero resultó de un análisis documental de la alineación de los proyectos pedagógicos de los cursos de dos instituciones de educación superior con las directrices curriculares nacionales de 2001, el segundo presenta las reflexiones sobre el estado actual de esta alineación, la tercera y la cuarta se basaron en el análisis de contenido de los grupos focales de estudiantes, uno con sus reflexiones sobre la alineación de sus planes de estudio y las pautas curriculares nacionales de 2001 y el otro con reflexiones sobre metodologías de enseñanza-aprendizaje y propuestas de mejora. Se observó que los puntajes totales mostraron una adherencia moderada y marcada al PCN 2001, de 47.5% (Institución de Educación Superior - IES1) y 82.5% (Institución de Educación Superior - IES2), respectivamente. Las reflexiones expresadas por los maestros de las dos instituciones de educación superior dejan claro que existe una brecha entre el proyecto pedagógico del curso y las directrices curriculares nacionales. Los estudiantes dejan en claro que aún son necesarios los ajustes para que ambos cursos estén alineados con la PCN y que el plan de estudios vivido en la Institución de educación superior les permitiera trabajar, a pesar de la inseguridad natural con la vida protegida de la academia y el comienzo de la actividad profesional. **Conclusión:** Las dos escuelas, en diferentes momentos y de diferentes maneras, independientemente del modelo educativo adoptado, incorporaron gradualmente el marco de las directrices curriculares nacionales en sus proyectos pedagógicos. La percepción diferenciada de los maestros con respecto a la alineación de proyectos pedagógicos de los cursos médicos y PCN en las dos IES se deriva del hecho de que el cambio en la Institución de educación superior 2 ocurrió más tiempo y los maestros ya estaban mejor adaptados a las metodologías activas de enseñanza-aprendizaje. Los estudiantes demostraron una visión positiva de las nuevas metodologías de enseñanza-aprendizaje, pero enfatizaron que algunos cambios y adaptaciones son necesarios.

Palabras clave: Metodologías de Enseñanza, Directrices Curriculares Nacionales, Currículos.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Etapas do PBL.	20
Figura 2 - Arco de Maguerez, modificado para o contexto da aprendizagem problematizadora na graduação em Medicina (reproduzido de Maia ²⁶ , p. 572).	21
Figura 3 - Etapas de uma sessão da aprendizagem baseada em equipes	22
Figura 4 - Etapas da análise de conteúdo (adaptado de Bardin, 1977).....	32

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Instrumento com as dez dimensões (Haddad et al).....	29
Quadro 2 - Atribuição do escore (nota) segundo a descrição do conceito.	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AC	Análise de Conteúdo
PBL	Problem-based learning
TBL	Team-based learning
IBL	Inquiry-based learning
CFE	Conselho Federal de Educação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
CPC	Conceito preliminar do Curso
CI	Conceito Institucional
IGC	Índice Geral do Curso
Ic10	Índice Completo com as Dez Dimensões
CNE	Comissão Nacional de Educação
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
DAC	Diretoria Acadêmica da Unicamp
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
IES	Instituição de Ensino Superior
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
EUA	Estados Unidos da América
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação e Cultura
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNE-M	Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de Medicina
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	26
2.1. Geral	26
2.2. Específicos.....	26
3. MATERIAL E MÉTODOS	27
3.1. Tipo de estudo	27
3.2. Coleta dos dados.....	27
3.3. Aspectos éticos	27
3.4. Critérios de inclusão	27
3.5. Critérios de exclusão	28
3.6. Características das Instituições de Ensino Superior que aceitaram participar do estudo	28
3.7. Coleta e análise dos dados.....	29
4. RESULTADOS.....	33
4.1. Artigo 1	34
4.2. Artigo 2.....	53
4.3. Artigo 3.....	74
4.4. Artigo 4.....	74
5. DISCUSSÃO GERAL.....	139
6. CONCLUSÕES	144
REFERÊNCIAS.....	146
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP FMJ	156
ANEXO B. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PUCSP	157
ANEXO C - SUBMISSÃO DO 1º ARTIGO	157
ANEXO D - SUBMISSÃO DO 2º ARTIGO	160

1. INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo exige novos perfis de profissionais e as instituições formadoras devem adequar seus currículos e estratégias educacionais a essas novas demandas. Entre as competências esperadas do profissional médico, encontra-se a de aprender a aprender e de se comunicar de forma empática, com pacientes e profissionais da equipe, além da competência técnica e profissionalismo.

A andragogia (educação de adultos) recomenda o uso de metodologias de ensino-aprendizagem que coloquem o aluno no centro do processo. O adulto precisa e deseja fazer parte do processo de tomada de decisão, ativamente construindo com seu aprendizado. Ao propiciar-lhe autonomia, faz-se com que seja responsável pela construção do seu conhecimento¹⁻⁵. O desafio e a necessidade de novas habilidades são habituais motores que criam a prontidão de aprender. Para contemplar estas necessidades, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médico (DCN) de 2001, reeditadas em 2014, recomendam o uso de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante⁶. No entanto, decorridos 17 anos da publicação das primeiras normativas, permanece o desafio da sua efetiva implantação.

A história dos movimentos sociais de mudanças na educação dos profissionais de saúde, no Brasil, que culminaram com as Diretrizes Curriculares (DCN) de 2001, remonta à revolução sanitária, cujo auge foi em 1986. As manifestações de inconformismo acabaram por envolver o Conselho Nacional de Saúde na busca por mudanças dos perfis profissionais, para que correspondessem às necessidades reconhecidas como relevantes para a população. Essa mudança na formação médica acompanhou o debate internacional sobre a necessidade de alterar o padrão de formação que se seguiu ao relatório *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, elaborado por Abraham Flexner em 1910, para a Fundação Carnegie⁷. O Relatório Flexner pretendeu salientar a necessidade de uma abordagem mais científica à formação do médico, até então muito baseada no modelo do aprendiz que acompanhava o mestre, de forma muito individual, sem apoio de laboratórios. A reação que se seguiu nos próximos 100 anos gerou uma formação hospitalocêntrica, muito focada na doença e menos no doente^{8,9}.

Entre os anos de 1990 e 2000, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) realizou diversos encontros com o objetivo de avaliar o ensino médico no Brasil, reconhecendo a necessidade de mudanças. Em 1991, com a participação de outras nove instituições relacionadas ao exercício profissional da saúde (Associação Médica Brasileira; Associação Nacional dos Médicos Residentes; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; Federação Nacional dos Médicos; Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior), com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM), criou-se a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), composta por docentes e discentes dos cursos de medicina¹⁰.

A CINAEM desenvolveu o projeto de avaliação do ensino médico no Brasil em três etapas ou fases. A primeira, envolvendo 76 escolas, forneceu, por meio de extenso questionário, um rico arsenal de informações acerca da estrutura político-administrativa, infraestrutura, material e recursos humanos, modelo pedagógico, produção de pesquisas e prestação de serviços à comunidade. A segunda fase do projeto aprofundou o processo avaliativo, com cruzamento das informações de três estudos realizados em 48 escolas médicas, acerca do perfil do corpo docente e da estrutura econômica política-administrativa das escolas, conhecimentos e habilidades adquiridas pelos estudantes no final do processo de formação e avaliação do modelo pedagógico na perspectiva do Planejamento Estratégico Situacional. A terceira e última fase sugeria um amplo processo de mudanças político-administrativas e institucional, denominada *Transformação do Ensino Médico no Brasil*, que não ocorreu¹¹.

Diversos movimentos e ações, incluindo os princípios da Reforma Sanitária Brasileira consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.088/1990, as oficinas da ABEM, o projeto CINAEM, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB) nº 9.394/1996, o Plano Nacional de Educação (Lei nº 10.172/2001), culminaram com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área de saúde, em 2001 e 2002, inicialmente para a graduação em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Nutrição e, posteriormente, outros cursos da área da saúde e demais áreas do conhecimento⁶. As DCN-M (Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina) são

normas legais que orientam a direção das mudanças na formação médica e, na resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001, está estruturada em seis partes⁶:

1. Perfil do egresso/profissional

“Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

2. Competências e habilidades

“Competências gerais (atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente) e competências e habilidades específicas (promover estilo de vida saudável, atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, realizar a anamnese com proficiência e a construção da história clínica, dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza bio-psico-sócio-ambiental, diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano, reconhecer suas limitações e encaminhar quando necessário, otimizar o uso dos recursos propedêuticos, exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos baseado em evidências científicas, utilizar adequadamente os recursos semiológicos e terapêuticos validados cientificamente, reconhecer a saúde como um direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, atuar na proteção e promoção da saúde e na prevenção de doenças, realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial de urgências e emergências, conhecer os princípios da metodologia científica de forma a possibilitar a leitura crítica de artigos técnico-científicos e participar na produção de conhecimentos, lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde, atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra referência, cuidar da própria saúde física e mental, considerar a relação custo benefício nas decisões médicas, ter visão do papel social do médico, atuar em equipe multidisciplinar e manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde)”.

3. Conteúdos curriculares

“Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina”.

4. Estágios e atividades complementares

“A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio. As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Medicina e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância”.

5. Organização do curso

“O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. A aprendizagem deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação

entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região”.

6. Acompanhamento e avaliação

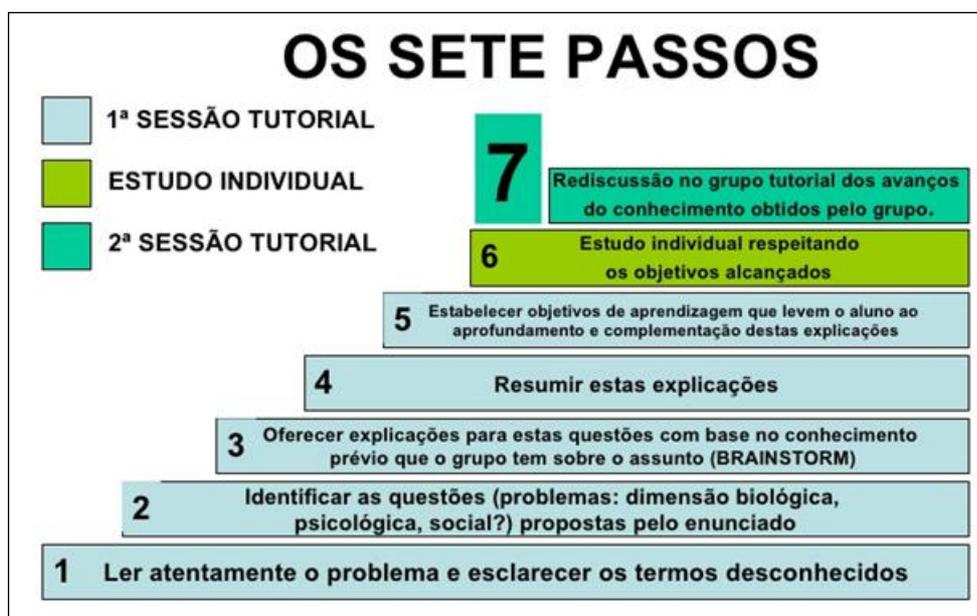
“As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence”.

As diretrizes orientavam que os currículos contemplassem o perfil acadêmico e profissional, as habilidades, as competências e os conteúdos em consonância com padrões nacionais e internacionais, para que o estudante aprendesse a aprender, facilitando seu engajamento num processo de educação permanente. Os cursos de Medicina deveriam, então, ser baseados em aprendizagem centrada no aluno e não mais no professor, que passaria a ser um facilitador, ou moderador, mediando o processo de ensino-aprendizagem. As metodologias de ensino-aprendizagem consideradas centradas no professor¹²⁻¹⁶ caracterizam-se pela transferência de conteúdo do professor para o aluno, com uso predominante de aulas expositivas e pouca aplicação ou construção do conhecimento pelo estudante. Dentre as metodologias de ensino-aprendizagem conhecidas como ativas, porque exigem a ativa participação do estudante, incluem-se a aprendizagem baseada em problemas (ABP ou PBL - *problem-based learning*), a problematização e a aprendizagem baseada em equipes ou *team-based learning* (ABE ou TBL), que contém o conceito de sala de aula invertida.

A ABP foca o ensino-aprendizagem na solução de problemas criados para atender os objetivos do curso. O aluno utiliza-se de conhecimentos prévios para levantar hipóteses, definir objetivos e planos de estudos complementares com o intuito de resolvê-lo. Todo este processo é acompanhado por um tutor, o facilitador, que instiga a curiosidade dos estudantes, orientando-os e avaliando-os formativamente.

As sessões de discussão do problema proposto têm a presença do tutor (facilitador) e de um pequeno grupo de alunos (7 a 10 alunos) que são redistribuídos a cada módulo de ensino^{12-14,17,18}. Esta sessão tutorial é realizada obedecendo a sete passos:¹⁸ 1) Apresentação do caso e esclarecimento de termos e expressões; 2) Definição do problema: identificar questões propostas no enunciado; 3) Tempestade de ideias (*brainstorm*): análise do problema e formulação de questões e explicações (hipóteses) com base no conhecimento prévio que o grupo tenha sobre o assunto; 4) Discussão de possíveis outras soluções e sua organização; 5) Organização de questões e recursos de estudo; 6) Busca de fontes de informação e aquisição de novos conhecimentos de forma individual; 7) Apresentação das respostas e recursos, revisão das hipóteses iniciais para o problema, discutindo no grupo o avanço de conhecimento obtido. Os passos de 1 a 5 são realizados em grupo durante a sessão inicial (abertura); o passo 6 é realizado de forma individual pelo aluno que retorna sua pesquisa para o grupo durante a sessão seguinte - passo 7 (fechamento)¹⁷, como pode ser visto na figura 1.

Figura 1 - Etapas do PBL.

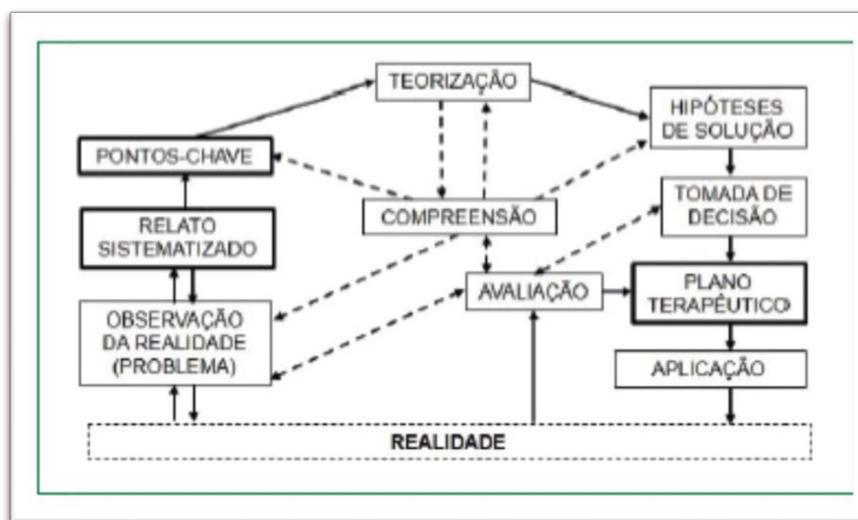


Fonte: Fonseca, JJS – modificada pelo autor.

A *problematização* teve início em 1980, na Universidade do Havaí, como ensino baseado na investigação (*Inquiry Based Learning*), com a proposta de um currículo orientado para os problemas reais, onde se destacavam as habilidades

cognitivas e afetivas a serem adquiridas pelos estudantes. Um dos seus pilares é a pedagogia libertadora de Paulo Freire e o outro pilar é o construtivismo de Piaget¹⁹⁻²¹. A *problematização* proporciona que o estudante, ao observar a realidade, delimite um problema, identifique seus pontos chaves, teorize sobre eles, faça uma reflexão dos conceitos elaborados, proponha solução para o problema e, por fim, retorne à realidade para aplicar a solução e observar os resultados obtidos da intervenção²²⁻²⁵ (figura 2).

Figura 2 - Arco de Maguerex, modificado para o contexto da aprendizagem problematizadora na graduação em Medicina (reproduzido de Maia²⁶, p. 572).



Fonte: reproduzido de Maia, p. 572.

A *aprendizagem baseada em equipes* (TBL – *team-based learning*) baseia-se na formação de pequenos grupos de alunos (5-7 estudantes), que permanecem juntos durante todo o decorrer do curso, em atividades de ensino focadas no desenvolvimento da comunicação, responsabilidade entre pares, autoaprendizagem e solução de problemas complexos e específicos do módulo em estudo²⁷⁻³³. Cada sessão é composta por três fases, a primeira denominada pré-classe, é individual e consiste na leitura e síntese do material disponibilizado para os alunos; a segunda envolve quatro etapas, a primeira é a aplicação de um teste individual para avaliar a garantia do preparo (retenção da leitura), a segunda etapa é a aplicação do mesmo teste para a equipe, a terceira consiste na possibilidade de apelações por incoerências nas questões ou nos gabaritos e a quarta por uma pequena apresentação pelo tutor para clarificar os principais pontos discutidos; a terceira fase consiste na resolução de

situação-problemas pelas equipes (aplicação dos conceitos adquiridos). Nesta fase, o facilitador mobiliza as equipes para a comunicação, podendo realizar a avaliação entre os pares e finalizar contextualizando os conteúdos, os cenários, as habilidades e as atitudes desenvolvidas na sessão (figura 3).

Desta forma, ocorre comprometimento do estudante consigo mesmo e com sua equipe. Outro elemento essencial é a responsabilidade que o estudante deve ter com a construção do seu conhecimento. A cada sessão, ele precisa se preparar previamente com a leitura dos textos disponibilizados pelo facilitador, para depois ser submetido a um teste de garantia de preparo individual, inicialmente, e com sua equipe, posteriormente³⁰⁻³⁵. O *feedback* está presente de forma constante nas atividades em TBL, que ocorre durante o teste de garantia de preparo em equipes com o uso de gabaritos, nas avaliações formativas realizadas pelos pares e na auto avaliação, além das devolutivas realizadas pelo facilitador^{24-26,36}. Desta forma, o TBL se utiliza de tarefas e atividades que propiciam a tomada de decisões, a discussão aberta e a solução de problemas complexos^{31,37-41}.

Figura 3 - Etapas de uma sessão da aprendizagem baseada em equipes



Fonte: autor.

Há pesquisas que mostram “erosões” nas estratégias de ensino-aprendizagem centradas no aluno, apesar de muitos estudos defenderem estas metodologias mais ativas^{12,14,16,27,42-45}. Azer et. al.^{46,47} descrevem doze conselhos (sugestões) para evitar estas erosões na metodologia PBL, incluindo o incentivo às pesquisas e publicações sobre o PBL, o fornecimento de capacitações avançadas aos tutores, evitando a adição de palestras no calendário e uma análise cuidadosa do

feedback, dos docentes e dos estudantes, recebido do ano anterior, entre outros. No entanto, a inclusão de palestras talvez não seja o ponto nevrálgico, mas sim a qualidade e perfil de quem as profere. Artigo de Kassab et. al.⁴⁸ expõe que docentes que demonstram habilidades e competências diferenciadas em palestras, também são os que tem boas habilidades para PBL, proporcionando uma tutoria que promove o necessário ambiente de trocas.

Algumas pesquisas mostram que os estudantes dos cursos de medicina pautados em metodologias mais ativas de ensino-aprendizagem se sentem mais adaptados ao mercado de trabalho e desenvolvem maior preocupação com a educação continuada⁴⁹. Neste grupo de estudos, destaca-se a publicação de Yardimci et al.⁵⁰, ressaltando que o currículo em PBL aumenta de forma eficaz a motivação intrínseca dos alunos e os ajuda a adquirir habilidades de aprendizagem. Gholami et al.⁵¹, também em estudo publicado em 2016, observou que os graduandos com currículo em PBL apresentam maior pontuação geral em habilidades de pensamento crítico e na pontuação total da consciência metacognitiva.

Em outra meta-análise de 2017, concluiu-se que não houve diferença considerável em desempenho cognitivo entre currículos que utilizaram aprendizagem baseada em problemas (PBL) e baseados em conferências. No entanto, o PBL influenciou positivamente em atividades mais voltadas a laboratório e habilidades sociais⁵². No estudo de Schaubert et al.⁵³ com 1646 estudantes, conclui-se que a forma como o estudante aborda seu processo de aprendizagem é o maior diferencial de desempenho, o que inclui aspectos acerca de sua percepção do ambiente educacional e a confiança em sua auto eficácia, além da capacidade de autorregulação da aprendizagem.

Assim, entende-se que os egressos das escolas médicas que utilizam metodologias ativas deveriam adotar uma atitude de maior comprometimento durante o processo da vinculação da aprendizagem à realidade e à capacidade para nela intervir, além da colaboração e cooperação entre pares, maior proximidade com o paciente, demonstrando foco de atuação no cuidado^{54,55}. Na China, Zhang et al.⁵⁶, fizeram estudo comparativo com estudantes que utilizavam PBL e estudantes que utilizavam a aprendizagem baseada em palestras na disciplina de pediatria. Concluíram que os estudantes com PBL tiveram desempenho superior na pontuação geral, na análise dos casos e na satisfação geral dos alunos. No entanto, isso não tem sido demonstrado, em outras pesquisas¹². Norman^{57,58} fez uma discussão

aprofundada em um editorial publicado em 2004 sobre o fato de os estudantes não demonstrarem diferenças nas notas de exames finais ou exames decisivos. Citando diversos pesquisadores^{57,59-62}, justificou que, apesar dos estudantes referirem um melhor desenvolvimento da autoaprendizagem e dos professores também perceberem um melhor entendimento dos conceitos, ainda não há evidências suficientes nas pesquisas sobre currículos para uma conclusão definitiva. Talvez isso decorra do fato de que realizar estudos randomizados em educação seja um caminho difícil e, até mesmo, inadequado⁵⁷⁻⁶³.

Uma meta análise realizada por Colliver⁶⁰ mostra em sua conclusão que a revisão da literatura, realizada nas publicações entre 1992 e 1998, não trazia nenhuma evidência convincente de que o PBL melhorava a base de conhecimento e o desempenho clínico, pelo menos na magnitude que seria esperado tendo em conta os recursos necessários. Ressaltou a desconexão entre a teoria educacional e a pesquisa (básica e aplicada). Em 2003, Dochy et al.^{64,65} realizaram uma meta análise dos efeitos da aprendizagem baseada em problemas, focados em dois objetivos: a) abordar os principais efeitos do PBL em duas categorias de resultados: conhecimento e competência; e b) analisar potenciais moderadores do efeito do PBL. Sua conclusão, após análise de 43 artigos que preencheram os requisitos de inclusão, foi de que o PBL tem um robusto efeito positivo na competência do estudante. Também os resultados para habilidades são positivos; no entanto, os resultados relacionados ao conhecimento sugerem que as diferenças encontradas entre o primeiro e o segundo ano desaparecem mais tarde. Outra observação interessante foi que os estudantes com PBL ganharam menos de conhecimento (conteúdo), mas se lembravam mais do conhecimento adquirido.

Cohen-Schotanus⁵² et al. concluíram que os graduados do currículo PBL pontuaram mais em competências de autoavaliação, mas contrariamente às expectativas, eles não mostraram maior apreciação de seu currículo do que os graduados de currículo convencional e, também, não foram encontradas diferenças na competência clínica entre os dois grupos. Chama atenção, no seu estudo, que os graduados de currículo convencional precisaram de menor tempo para encontrar um lugar para a complementação de seus estudos em pós-graduação. Outro destaque deste estudo é que não se observaram diferenças entre as atividades científicas, tais como leitura de artigos científicos e publicações em revistas entre os graduados dos dois diferentes currículos. Por fim, outros autores^{66,67} comparando diferentes tipos de

currículos no ensino médico não encontraram diferenças significativas no desempenho dos estudantes. Wardley et al.⁶⁷, em seu estudo, concluíram que alguns apoios adicionais, como *coaching* e *mentoring*, podem ser necessários para reduzir os estressores durante o curso em programas que adotam o PBL em seus currículos.

Com a intenção de fomentar esta discussão dentro da cultura de formação médica e o contexto educacional brasileiros, propusemos realizar uma análise aprofundada de dois currículos em cursos de medicina de IES criados em período anterior a 1970, em cidades com características populacionais parecidas, próximas geograficamente, no mesmo estado, com estratégias educacionais diferenciadas, ambas com conceitos preliminares de curso (CPC) entre 3 e 4, conforme publicado pelo SINAES de 2014⁶⁸⁻⁷⁰ e que aceitaram participar da pesquisa. A IES 1 implantou algumas alterações curriculares, com sugestões de utilização de atividades didáticas diversas, inclusive aquelas centradas no aluno, seguindo as DCN 2001, mas manteve um currículo com predomínio de aulas expositivas nos anos iniciais, com algumas oportunidades de trabalho em pequenos grupos em sala ou nos serviços de saúde, associado a um forte enfoque clínico, que se acentua a partir do 4º ano. A IES 2, que tinha um modelo similar estruturado em disciplinas, promoveu uma grande reforma em 2006, optando por uma organização curricular em módulos interdisciplinares, estruturado na aprendizagem baseada em problemas (ABP).

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Contrastar o alinhamento de diferentes projetos pedagógicos para cursos de medicina com as propostas de formação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001.

2.2. Específicos

Analisar a aderência de dois currículos com diferentes práticas pedagógicas com as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001).

Conhecer a percepção dos docentes sobre o alinhamento do currículo descrito no PPC do curso e as DCN e sobre a capacidade de o currículo preparar os estudantes para a vida profissional como proposto nessas diretrizes.

Conhecer a percepção dos discentes do 3º e 6º ano sobre as estratégias educacionais e sobre a capacidade de o currículo prepará-los para a vida profissional, em consonância com as propostas das DCN.

Conhecer a percepção dos discentes sobre o alinhamento dos currículos com as DCN e as experiências de aprendizagem nas unidades básicas de saúde.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa mista do tipo estudo de casos composta por análise descritiva documental e análise qualitativa temática⁷¹⁻⁷⁴.

3.2. Coleta dos dados

Realizaram-se duas fases distintas – a primeira baseada em análise documental e a segunda a partir de grupos focais com estudantes e entrevistas em profundidade com docentes. A fase de análise documental teve o objetivo de extrair dos documentos (projetos pedagógicos do curso– PPC) elementos que mostrassem o seu nível de convergência em relação às recomendações das DCN 2001. Foram realizados grupos focais com estudantes do 3º e 6º de cada IES para analisar as percepções manifestadas coletivamente, permitindo a aproximação da população envolvida na pesquisa e a compreensão dos símbolos e dos significados que este grupo de pessoas utiliza na apreensão da realidade⁷²⁻⁷⁴. Para conhecermos a percepção dos docentes, foram realizadas entrevistas em profundidade, possibilitando ao entrevistado construir suas respostas sem a rigidez da direção e mediação do entrevistador⁷⁵⁻⁷⁸.

3.3. Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da IES1 sob o número CAAE 62459816.5.3001.5412 e pelo CEP da IES2 sob o número CAAE 62459816.5.0000.5373, após aprovação nas respectivas coordenações de graduação.

3.4. Critérios de inclusão

IES com curso de medicina no Estado de São Paulo, criadas antes de 1970, situadas em cidades com características populacionais parecidas, localizadas no estado de São Paulo.

As escolas deveriam ter realizado qualquer modificação curricular orientada pelas DCN 2001, uma delas adotando práticas pedagógicas descritas como metodologias ativas e outra com enfoque predominante em aulas ou conferências.

3.5. Critérios de exclusão

Não aceitação da escola em participar do projeto.

3.6. Características das Instituições de Ensino Superior que aceitaram participar do estudo

A pesquisa foi realizada de junho de 2017 a junho de 2018, envolvendo duas escolas médicas: uma autarquia municipal (IES 1) e uma instituição confessional filantrópica (IES2), ambas do estado de São Paulo. A IES 1, CI=4 e IGC=4 (SINAES, 2016) disponibiliza 120 vagas para a graduação em medicina, cujo currículo é organizado no regime seriado, por disciplina, com integralização mínima de 6 anos e máxima de 9 anos. A carga horária total do curso é de 10.310 horas, sendo 5.920 horas cumpridas do 1º ao 4º ano, 3.600 horas de internato e 790 horas de atividades complementares. Está localizada no estado de São Paulo em uma cidade com aproximadamente 400 mil habitantes. A IES 2, CI=4 e IGC=4 (SINAES, 2016), também localizada no estado de São Paulo, em uma cidade com cerca de 650 mil habitantes, para o curso de medicina, disponibiliza 130 vagas. O curso utiliza metodologia de ensino predominantemente PBL (*problem-based learning* – aprendizagem baseada em problema), com o currículo desenvolvido segundo eixos norteadores. Tem um período de integralização mínima de 6 anos e máxima de 9 anos. A carga horária total e de 7.532 horas, desenvolvidas em 3.360 horas do 1º ao 3º ano, 4.072 horas no internado do 4º ao 6º ano e 100 horas de atividades complementares (atividades acadêmico-científico-culturais).

3.7. Coleta e análise dos dados

Buscando identificar mudanças curriculares que atendessem as recomendações das DCN 2001, realizou-se uma avaliação do índice de adesão às mesmas a partir de análise documental comparativa dos projetos pedagógicos do curso (PPC) de medicina. O objetivo foi extrair dos PPC evidências de convergência ou divergência em relação às recomendações das DCN 2001, avaliando as dez dimensões de um instrumento descrito na literatura por Haddad et al⁷⁹ (quadro 1).

Quadro 1 - Instrumento com as dez dimensões para avaliação de adesão às DCN

Nº	DIMENSÃO	ESCORE
1	Coerência do currículo com o perfil do egresso	
2	Adequação da metodologia de ensino	
3	Interrelação das disciplinas na concepção e execução do currículo	
4	Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso	
5	Existência de módulos ou temas integradores	
6	Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso	
7	Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório	
8	Existência de redes de comunicação científica	
9	Serviços de unidades de saúde nos três níveis	
10	Serviços de laboratórios de ensino	
ESCORE TOTAL		

Fonte: modificado de Haddad et al, 2006

Este instrumento, retirado do original de 50 dimensões propostas por Haddad et al, foi utilizado para ajudar os avaliadores a reconhecerem o nível de alinhamento do projeto pedagógico dos cursos de medicina com as DCN 2001. Propusemos sua utilização com as seguintes recomendações:

1. Atribuir escores de 1 a 5, em ordem crescente, a cada uma das dimensões, conforme identificam, no PPC, textos mostrando confluência com as DCN.
2. O índice de alinhamento completo com as dez dimensões é calculado por uma fórmula matemática, proposta por Haddad e col. e descrita abaixo, que envolve a média dos escores dos avaliadores (pelo menos

três avaliadores independentes), o escore mínimo possível e o escore máximo possível.

3. Levando em conta as análises dos textos no PPC e as descrições nas DCN, o escore deve ser atribuído conforme descrito no quadro 2.

Quadro 2 - Atribuição do escore (nota) segundo a descrição do conceito.

Escore 1 – Conceito muito fraco	Quando a descrição expressa no PPC, envolvendo a dimensão analisada, é muito diferente daquele expresso nas DCN
Escore 2 – Conceito fraco	Quando a descrição expressa no PPC, envolvendo a dimensão analisada, tem uma semelhança fraca daquele expresso nas DCN
Escore 3 – Conceito regular	Quando a descrição expressa no PPC, envolvendo a dimensão analisada, tem uma semelhança parcial daquele expresso nas DCN
Escore 4 – Conceito bom	Quando a descrição expressa no PPC, envolvendo a dimensão analisada, tem uma boa semelhança com aquele expresso nas DCN
Escore 5 – Conceito muito bom	Quando a descrição expressa no PPC, envolvendo a dimensão analisada, tem uma semelhança muito boa com aquele expresso nas DCN

Fonte: Autor

Três avaliadores (pesquisador principal e dois pesquisadores auxiliares) realizaram leitura dos projetos pedagógicos e os analisaram com base no instrumento de Haddad e colaboradores, após treinamento no uso do mesmo. De forma individual, o avaliador determinou o escore de cada IES, variando de 10 e 50 pontos, após analisar cada uma das dimensões, atribuindo um valor para cada item - muito fraco (1), fraco (2), regular (3), bom (4) e muito bom (5). A avaliação final de cada IES foi obtida pela média do somatório dos escores dos três avaliadores. Para medir quanto de variação foi possível da soma dos escores de cada instituição, definiu-se um índice que denominamos I_{c10} – índice completo das 10 dimensões, calculado como a razão composta pela diferença entre a média da somatória dos escores dos três juízes e o escore mínimo possível (10) e a diferença entre o escore máximo possível e o escore mínimo possível (40), multiplicado por 100, gerando um valor em percentagem.

Assim a fórmula do I_{c10} pode ser expressa nos seguintes termos:

$$I_{c10} = \{[Média dos escores^* - (escore min^{**})] / [(escore máximo^{***}) - (escore min^{**})]\} \times 100$$

Simplificando: $I_{c10} = [(Média dos escores^* - 10) / 40] \times 100$

*Escore médio obtido pela IES (varia de 10 a 50 pontos) – após análise dos juízes.

**Escore mínimo possível (10 pontos).

***Escore máximo possível (50 pontos).

Com o valor do índice expresso em percentagem, propusemos a seguinte classificação para o grau de alinhamento: se o índice apresentava percentagens que variavam de $0 \leq$ a 20%, o PPC do curso tinha *divergência* com as DCN-M; se o índice variava de 21 a \leq a 40%, havia uma *aderência fraca* com as DCN-M, se o índice variava de 41 a \leq a 60%, o PPC do curso tinha uma *aderência regular* às DCN-M, se o índice estivesse na faixa de 61 a \leq a 80%, o PPC do curso tinha uma *aderência moderada* às DCN-M e se estivesse acima de 81%, o PPC do curso era *fortemente aderente* às DCN-M.

Os dados quantitativos foram digitados no Excel e analisados no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) v.24.0. Realizou-se análise de confiabilidade entre os avaliadores com o alfa de Cronbach e diferença das médias entre IES1 e IES2 utilizando-se Teste T com nível de significância $p < 0,05$.

Ainda, foi realizado um estudo documental, intencional, exploratório e investigativo para a análise dos textos dos PPC, buscando identificar trechos que evidenciassem a situação da IES em relação aos domínios presentes no questionário.

Para a segunda fase, a coleta de dados ocorreu com os discentes de ambas as instituições de ensino superior, após convite aberto para que participassem dos grupos focais com alunos do terceiro e do sexto ano. Estes convites foram disponibilizados após contato com as assessorias pedagógicas das duas instituições de ensino que, da mesma forma, nos possibilitou o contato com os docentes do terceiro e do sexto ano para que estes participassem das entrevistas com o pesquisador.

Foi realizada análise de conteúdo das falas dos quatro grupos focais discentes e das entrevistas semiestruturadas com os docentes. A análise de conteúdo (AC)⁸⁰⁻⁸², após surgir no início do século XX, teve grande impulso entre 1940 e 1950 devido ao interesse pela análise do material jornalístico e se disseminou nas ciências humanas entre 1950 e 1960. O texto, expressão do sujeito, possibilita ao analista a categorização em unidades que se repetem, inferindo uma expressão que as representam. Laurence Bardin⁸³, adotado como referencial teórico, diz que a AC é:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Para a análise por categoria temática é necessário encontrar uma série de significações que ligam os indicadores e o codificador determinado⁸⁴⁻⁸⁷. Codificar em categorias é colocar em uma classe de equivalência definidas a partir das significações, exigindo do pesquisador sensibilidade, nitidez e flexibilidade para apreender o que é relevante no texto.

A análise aqui proposta baseou-se em categorias que emergiram do texto coletado. Para isso seguimos as três etapas descritas, na figura 4^{83,88}. Na primeira etapa, foi realizada a leitura flutuante, seguida de levantamento de hipótese e objetivos e elaboração dos indicadores que fundamentassem a interpretação. Na segunda etapa realizou-se a codificação dos dados a partir das unidades de registros e, por fim, na terceira etapa, realizou-se a categorização, reagrupando as categorias que apresentavam características comuns. Desta forma emergiram seis categorias nos grupos focais que realizamos.

Figura 4 - Etapas da análise de conteúdo (adaptado de Bardin, 1977)



Fonte: Bardin, 1977.

4. RESULTADOS

Artigo 1:

“ALINHAMENTO DE DIFERENTES PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE MEDICINA COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS”.

ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO NA RBEM

Artigo 2:

“REFLEXÕES DOCENTES SOBRE O ALINHAMENTO DE DIFERENTES PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSO DE MEDICINA COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS”

ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO NA INTERFACE

Artigo 3:

“PERSPECTIVAS DO ESTUDANTE DE MEDICINA QUANTO AO ALINHAMENTO DO CURSO COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM DIFERENTES MODELOS CURRICULARES: UM ESTUDO EM GRUPO FOCAL”.

AINDA NÃO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO.

Artigo 4:

“AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE MEDICINA: PERSPECTIVAS DOS ALUNOS ACERCA DAS DIFERENTES PRÁTICAS PEDAGÓGICAS”.

AINDA NÃO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO.

4.1. Artigo 1

“ALINHAMENTO DE DIFERENTES PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE MEDICINA COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS”.

Carlos Alberto de Oliveira*, Maria Helena Senger**, Oscarina da Silva Ezequiel***,
Eliana Amaral****

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) 2036/2010 – Projeto Pró-Ensino na Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

"This study was partially financed by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) 2036/2010– Pro-Teaching on Health Project, School of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP)

* Professor - Auxiliar de ensino, Faculdade de Medicina, PUC-São Paulo.

** Professora - Associada de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da PUCSP - SP

*** Professora - Associada de Imunologia, Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

**** Professora-Titular de Obstetrícia, DTG/FCM/Unicamp

Contato: Carlos Alberto de Oliveira — oliveiradrcarlos@gmail.com Tel. +55 11 974550021

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar os projetos pedagógicos de dois cursos (PPC) de graduação em medicina para determinar o grau de alinhamento com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina, visando compreender as diferenças que decorrem dos modelos curriculares adotados. Três especialistas em ensino médico foram convidados a analisar os documentos relativos aos projetos pedagógicos de curso (PPC) e preencher um instrumento de avaliação desenvolvido para avaliar adesão às DCN 2001, previamente publicado, com dez dimensões. O escore calculado a partir do instrumento classifica as escolas em relação ao grau de aderência às DCN, sendo valores de escore de $0 \leq a 20\%$, de $20 a \leq a 40\%$; de $40 a \leq a 60\%$; de $60 a \leq a 80\%$ e de $> de 80\%$ considerados, respectivamente, divergente, fracamente aderente, regular aderência, aderente e fortemente aderente. Também se realizou análise de conteúdo dos PPC para buscar evidências sobre os domínios no texto. Os escores totais, de 47,5 % (IES1) e 82,5% (IES2), mostraram adesão moderada e acentuada às DCN 2001. Essas diferenças se manifestaram especialmente nas dimensões da adequação da metodologia de ensino à concepção do curso, da inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo e na existência de módulos ou temas integradores. As análises dos PPC mostraram que, de uma maneira geral, há aderência às DCN, em diferentes estágios. Observou-se uma boa confiabilidade deste instrumento utilizado na análise dos três avaliadores para ambas as instituições de ensino superior (IES1=0,77 e IES2=0,75). Conclui-se que as duas escolas, em intensidade e por caminhos diferentes e respeitando a cultura institucional, incorporaram paulatinamente o arcabouço das diretrizes curriculares nacionais.

DESCRITORES: Curriculum, Educação Médica, Metodologias Ativas, Aprendizagem Baseada em Problemas.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the pedagogical projects of two undergraduate medical education courses (PPC) to determine the degree of alignment with the National Curricular Guidelines (NCG) of Medical Education, aiming to understand the differences that arise from the curricular models adopted. Three medical education experts were invited to review the documents relating to the course pedagogical projects (PPC) and to complete an evaluation instrument developed to evaluate adherence to the previously published ten-dimensional NCG 2001. The score calculated from the instrument classifies the schools in relation to the degree of adherence to the NCG, with scores ranging from $0 \leq$ to 20%, from 20 to \leq 40%; 40 to \leq to 60%; of 60 to \leq to 80% and of $>$ 80% considered, respectively, divergent, poorly adherent, regular adherence, adherent strongly adherent. Content analysis of PPCs was also conducted to search for evidence on domains in the text. The total scores, 47.5% (HEI1) and 82.5% (HEI2), showed moderate and marked adherence to the NCG 2001. These differences were manifested especially in the dimensions of the adequacy of the teaching methodology to the course design, -related disciplines in the design and execution of the curriculum and in the existence of integrative modules or themes. The analysis of PPCs showed that, in general, there is some adherence to the NCG, in different stages. We observed a good reliability of this instrument used in the analysis of the three evaluators for both institutions of higher education (HEI1 = 0.77 and IES2 = 0.75). It is concluded that the two schools, in intensity and in different ways and respecting the institutional culture, gradually incorporated the framework of the national curricular guidelines.

KEY WORDS: Curriculum, Medical Education, Active Methodologies, Problem-Based Learning.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar los proyectos pedagógicos de dos cursos de pregrado de educación médica (PPC) para determinar el grado de alineamiento con las Pautas Curriculares Nacionales (PCN) de Educación Médica, con el objetivo de comprender las diferencias que surgen de los modelos curriculares adoptados. Se invitó a tres expertos en educación médica a revisar los documentos relacionados con los proyectos pedagógicos del curso (PPC) y completar un instrumento de evaluación desarrollado para evaluar el cumplimiento del PCN 2001 de diez dimensiones publicado anteriormente. El puntaje calculado a partir del instrumento clasifica las escuelas en relación con el grado de adhesión a las PCN, con puntajes que varían de $0 \leq a 20\%$, de $20 a \leq 40\%$; $40 a \leq a 60\%$; de $60 a \leq a 80\%$ y de $> 80\%$ considerado, respectivamente, divergente, poco adherente, adherencia regular, adherente y fuertemente adherente. El análisis de contenido de las PPC también se realizó para buscar pruebas sobre los dominios en el texto. Los puntajes totales, 47.5% (IES1) y 82.5% (IES2), mostraron adherencia moderada y marcada al PCN 2001. Estas diferencias se manifestaron especialmente en las dimensiones de la adecuación de la metodología de enseñanza al diseño del curso, disciplinas relacionadas en el diseño y la ejecución del plan de estudios y en la existencia de módulos o temas integradores. El análisis de las PPC mostró que, en general, existe una adhesión a la PCN, en diferentes etapas. Observamos una buena confiabilidad de este instrumento utilizado en el análisis de los tres evaluadores para ambas instituciones de educación superior (IES1 = 0.77 e IES2 = 0.75). Se concluye que las dos escuelas, en intensidad y de diferentes maneras y respetando la cultura institucional, incorporaron gradualmente el marco de las directrices curriculares nacionales.

DESCRIPTORES: Curriculum, Educación Médica, Metodologías Activas, Aprendizaje Basado en Problemas.

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) homologadas em 2014^{1,2} reforçaram a recomendação DCN de 2001¹ para que os cursos de Medicina utilizem metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Ambas as diretrizes apontam que os currículos devem contemplar o perfil acadêmico e profissional, as habilidades, as competências e os conteúdos para que o estudante aprenda a aprender, facilitando seu engajamento num processo de educação permanente. Como resultado, os estudantes deveriam demonstrar comunicação efetiva, facilidade para tomada de decisão e de liderança, além de ter domínio dos conhecimentos científicos básicos da natureza bio-psico-sócio-ambiental, utilizando-se de recursos propedêuticos para exercer uma medicina baseada em evidências científicas, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Já em 2001¹ se afirmava que os processos avaliativos deveriam se basear em competências, habilidades e atitudes. Ainda, as DCN de 2014 afirmam, no seu artigo 7º, que o graduando deverá estar apto a se corresponsabilizar pela sua formação inicial e continuada, para conquistar autonomia intelectual, além de demonstrar responsabilidade social e compromisso com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde². Assim, o curso de medicina exige um projeto pedagógico diferenciado, no qual o professor deve ser um facilitador ou moderador, mediando o processo de ensino-aprendizagem¹⁻³.

Os métodos centrados no estudante, frequentemente chamados de metodologias ativas de ensino-aprendizagem⁴, caracterizam-se por buscar a integração de saberes com atitudes pautadas na reflexão sobre a prática, contribuindo para o desenvolvimento de competências^{5,6}. Como principais características desses métodos destacam-se a promoção de proatividade – comprometimento do aluno no processo, vinculação da aprendizagem à realidade e à capacidade para nela intervir, além da colaboração e cooperação entre pares^{7,8}. Ainda, os egressos das escolas médicas que utilizam metodologias centradas no estudante deveriam demonstrar foco de atuação no cuidado. Em meta-análise de 2017, concluiu-se que não houve diferença considerável em desempenho cognitivo entre currículos que utilizaram aprendizagem baseada em problemas (PBL) e baseados em conferências; no entanto, o PBL influenciou positivamente em atividades mais voltadas a laboratório e habilidades sociais⁹. No estudo de Schaubert et al.¹⁰ com 1646 estudantes, conclui-se

que a forma como o estudante aborda seu processo de aprendizagem, o que inclui aspectos acerca de sua percepção do ambiente educacional e confiança em sua auto eficácia e capacidade de auto regulação da aprendizagem, é maior diferencial de desempenho.

Sabe-se que as Instituições de Ensino Superior (IES) precisam de tempo para modificar seus projetos pedagógicos e suas práticas. Os cursos de medicina encontram dificuldades para adequação de sua metodologia a processos mais centrados no estudante, especialmente nos seus anos iniciais, com resistências à mudança por parte de professores e por parte dos alunos⁹⁻¹⁶. Independente do PPC e das práticas pedagógicas em curso, há uma demanda legal para seguir as recomendações das DCN. Assim, conhecer o alinhamento entre os objetivos de formação nos PPC e as competências preconizadas pelas DCN 2001 pode contribuir para identificar facilitadores da implantação de marcos legais em instituições com características similares, acelerando as mudanças demandadas para a formação de melhores profissionais. Este estudo tem por objetivo analisar os projetos pedagógicos de dois cursos de medicina, quanto às suas propostas em relação às recomendações das DCNs 2001, identificando as mudanças já implantadas.

MÉTODOS

Realizou-se uma avaliação por análise documental dos projetos pedagógicos de curso (PPC) de medicina em contraste com um instrumento específico, que permite avaliar a adesão dos PPC às DCN 2001. O objetivo incluiu extrair dos PPC evidências de convergência ou divergência em relação às recomendações das DCNs 2001, avaliando as dez dimensões de um instrumento próprio para este fim, descrito na literatura por Haddad et al.¹⁷.

Esta é uma pesquisa realizada de junho de 2017 a junho de 2018, envolvendo duas escolas médicas: uma instituição confessional (IES2) e outra de uma autarquia municipal (IES 1), ambas do estado de São Paulo. A IES 1, CI=4 e IGC=4 (SINAES, 2016) disponibiliza 120 vagas para a graduação em medicina, cujo currículo é organizado no regime seriado, por disciplina, com integralização mínima de 6 anos e máxima de 9 anos. A carga horária total do curso é de 10310 horas, sendo 5920 horas cumpridas do 1º ao 4º ano, 3600 horas de internato e 790 horas de atividades complementares. Está localizada no estado de São Paulo em uma cidade com

aproximadamente 400 mil habitantes. A IES 2, CI=4 e IGC=4 (SINAES, 2016), também localizada no estado de São Paulo, em uma cidade com cerca de 650 mil habitantes, para o curso de medicina, disponibiliza 130 vagas. O curso utiliza metodologia de ensino predominantemente PBL (*problem based learning* – aprendizagem baseada em problema), com o currículo desenvolvido segundo eixos norteadores. Tem um período de integralização mínima de 6 anos e máxima de 9 anos. A carga horária total é de 7532 horas, desenvolvidas em 3360 horas do 1º ao 3º ano, 4072 horas no internado do 4º ao 6º ano e 100 horas de atividades complementares (atividades acadêmico-científico-culturais).

Três avaliadores (pesquisador principal e dois pesquisadores auxiliares) realizaram leitura dos projetos pedagógicos e os analisaram com base em instrumento composto por dez dimensões, após treinamento no uso do mesmo¹⁷. De forma individual, cada avaliador determinou o escore de cada IES, variando de 10 a 50 pontos, após analisar cada uma das dimensões, atribuindo valor para cada item - muito fraco (1), fraco (2), regular (3), bom (4) e muito bom (5). A avaliação final de cada IES foi obtida pela média do somatório dos escores dos três avaliadores. Utilizamos um índice, adaptado de Haddad et al.¹⁷, que denominamos I_{c10} – índice completo das 10 dimensões, definido como a razão composta pela diferença entre a média da somatória dos escores dos três juízes e o escore mínimo possível (10) e a diferença entre o escore máximo e o escore mínimo possível (40), multiplicado por 100. Desta forma obtêm-se o valor em percentagem.

$$I_{c10} = \left\{ \left[\frac{\text{Média dos escores}^* - (\text{escore min}^{**})}{(\text{escore máximo}^{***}) - (\text{escore min}^{**})} \right] \right\} \times 100$$

$$\text{Ou } I_{c10} = \left[\frac{(\text{Média dos escores}^* - 10)}{40} \right] \times 100$$

*Escore médio obtido pela IES (varia de 10 a 50 pontos) – após análise dos juízes.

**Escore mínimo possível (10 pontos).

***Escore máximo possível (50 pontos).

Com o valor do índice já expresso em percentagem, criamos a seguinte classificação proporcional: se o índice apresentava percentagens que variavam de 0 ≤ a 20%, o PPC do curso tinha *divergência* com as DCN-EM; se o índice variava de 20 a ≤ a 40%, havia uma *aderência muito fraca* com as DCN-EM, se o índice variava de 40 a ≤ a 60%, o PPC do curso tinha uma *aderência regular* às DCN-EM, se o índice estivesse na faixa de 60 a ≤ a 80%, o PPC do curso é *aderente* às DCN-EM e se estivesse acima de 80%, o PPC do curso era *fortemente aderente* às DCN-EM.

Os dados quantitativos foram digitados no Excel e analisados no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) v. 24.0. Realizou-se análise de confiabilidade entre os avaliadores com o alfa de Cronbach¹⁸⁻²¹ e diferença das médias entre IES1 e IES2 utilizando-se Teste T²² com nível de significância $p < 0,05$.

Na etapa qualitativa da pesquisa, foi realizada análise dos conteúdos dos PPC, buscando identificar trechos que evidenciassem a situação da IES em relação aos domínios presentes no questionário.

Este estudo foi aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da IES2 sob o número CAAE 62459816.5.0000.5373 e pelo CEP da IES1 sob o número CAAE 62459816.5.3001.5412, após aprovação nas respectivas coordenações de graduação.

RESULTADOS

Os índices atribuídos à IES1 mostraram uma aderência regular às DCNs 2001 ($Ic_{10} = 47,5\%$) e a IES2 se mostrou fortemente aderente ($Ic_{10} = 82,5\%$) – tabela 1. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas, entre as escolas, IES1 e IES2, nas dimensões de coerência do currículo com o perfil profissional, adequação da metodologia de ensino, interrelação das disciplinas na concepção e execução do currículo, coerência do sistema de avaliação com a concepção do curso, existência de módulos ou temas integradores, existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso, constituição e dimensão do treinamento obrigatório, existência de rede de comunicação científica e prática nos serviços de saúde dos três níveis de atenção, mas não se observou na dimensão de laboratório (Tabela 2). As avaliações entre os três avaliadores apresentaram confiabilidade de 0,77 para IES1 (alfa de Cronbach) e de 0,75 para IES 2.

A análise do discurso nos textos dos projetos políticos pedagógicos de cada escola pode ser observada no quadro 1. Chama atenção a diferença entre as notas atribuídas às dimensões coerência do currículo com o perfil desejado do egresso, adequação da metodologia de ensino à concepção do curso, interrelação das disciplinas na concepção e execução do currículo, existência de módulos ou temas integradores e serviços de unidades de saúde dos três níveis.

DISCUSSÃO

Nossos resultados evidenciaram que há uma diferença de alinhamento dos projetos pedagógicos do curso de medicina das instituições às DCN 2001, que se manifestam em todas as dimensões curriculares, dos serviços de saúde nos três níveis e da infraestrutura, exceto na estrutura de laboratórios.

As diretrizes de 2001, que recomendam a formação global do médico e embasaram mudanças curriculares nas escolas de medicina do país, foram fruto de ampla discussão nos anos 90, da qual participaram diversas entidades interessadas como a ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), o DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), o CFM (Conselho Federal de Medicina) ²³, entre outros. Pelas DCNs, os cursos de saúde devem ter abordagem pedagógica centrada no estudante, favorecer a articulação de conhecimentos e o trabalho em equipes multiprofissionais, ampliando os cenários das práticas de atenção à saúde. Os estudantes devem aprender a aprender, para aprender a ser, aprender a fazer e, com autonomia e discernimento, estarem capacitados para assegurar a integralidade no atendimento dos indivíduos, das famílias e das comunidades²⁴. Isso reforça o conceito de que o currículo é “vivo”, dinâmico e deve decorrer de uma construção coletiva e multifacetada, com a contribuição dos diversos indivíduos.

Ainda que as DCN descrevam as competências esperadas em múltiplos domínios, cada escola deve encontrar sua trajetória, desenhada pelo projeto pedagógico de curso (PPC). Este projeto deve orientar docentes, discentes, preceptores e colaboradores administrativos em relação ao direcionamento da formação, que engloba aspectos de humanismo, profissionalismo, além dos conhecimentos e habilidades técnicas.

As DCN passaram a ter força de lei quando a versão 2014 foi publicada, sendo seus princípios incluídos nos instrumentos de acreditação e reconhecimento ou renovação e reconhecimento dos cursos de medicina². O alinhamento com as DCN é um dos itens de destaque no processo de avaliação dos cursos no Brasil, apoiado em instrumentos requeridos pelo Instituto Nacional de Avaliação (Inep)²⁵. Documentos similares às DCN para a Medicina são encontrados em outros países, sob responsabilidade de diferentes entidades governamentais, e orientam processos de acreditação: nos Estados Unidos, pelo *Liaison Committee on Medical Education*

(LCME), além do *Outcome Project* no Canadá e o *Tomorrow's Doctor* do General Medical Council (GMC) do Reino Unido, entre outros²⁵⁻³⁰.

Estudamos o alinhamento com as DCN 2001, cujos princípios se assemelham às DCN 2014, porque as últimas são muito recentes para uma melhor apreciação de sua implantação. A proposta de analisarmos a ocorrência de alinhamentos de dois projetos pedagógicos com as diretrizes curriculares nacionais de 2001 teve o objetivo de fornecer dados para a discussão sobre as dificuldades de adoção das recomendações. A utilização de um instrumento que permita avaliar a adesão às DCN pode permitir, às escolas médicas, refletir sobre diferentes domínios relevantes para a formação geral do médico, em acordo com as recomendações dos arcabouços legais. Esse exercício, se adotado pela própria escola num mecanismo de autorreflexão, deve contribuir para acelerar os avanços necessários.

Acreditamos que o instrumento adotado nesse estudo pode ser utilizado pelas escolas médicas para promover a reflexão coletiva com vistas ao avanço nas propostas de formação do médico, diante das recomendações definido pelas DCN de 2001. No entanto, também serviriam para as DCNs de 2014, visto que as dimensões escolhidas para a avaliação estão também contempladas nestas últimas. No entanto, as 10 dimensões propostas no instrumento parecem não serem suficientes para identificar diferenças significativas na adesão às DCN. Para uma análise mais detalhada, são necessários outros estudos qualitativos.

Cabe destacar que as DCNs não devem ser vistas como uma receita. Deve-se buscar caminhos alicerçados na cultura de cada instituição, quando da implementação ou alteração dos projetos pedagógicos, adotando propostas críticas e inovadoras, refletidas pela sua comunidade. Independentemente do projeto pedagógico analisado, foi possível observar avanços na incorporação das principais recomendações apresentadas nas DCN, fundamentadas em uma aprendizagem que seja centrada no estudante, no sistema de saúde e que busque desenvolver competências de empatia, trabalho em equipe e de educação permanente, em paralelo com as demandadas de formação técnico-profissional como médico.

Optamos por estudar escolas selecionadas de forma intencional, com desempenho avaliado pelo Exame Nacional de Estudantes (Enade), Índice Geral de Cursos idênticos (IGC - SINAES) e tempo de início de atividades similar, ambas no Estado de São Paulo, que adotam processos educacionais diferenciados. As escolas selecionadas demonstraram receptividade à proposta, uma que adotou currículo que

utiliza PBL e não se organiza em departamentos e outra que mantém estrutura departamental e utiliza conferências predominantemente, associado a ensino clínico.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que as duas escolas, em momentos e de maneira diferentes, independente do modelo educacional adotado incorporaram o arcabouço das diretrizes curriculares nacionais gradativamente em seus projetos pedagógicos.

A percepção diferenciada quanto ao alinhamento do PPC e as DCN, nas duas IES, talvez decorra do fato de que a mudança na IES 2 ocorreu a mais tempo e sabemos que, qualquer mudança curricular, precisa de tempo para ser internalizada e, efetivamente incorporada, por todos os colaboradores, pelos docentes e pelos discentes.

Ao propor mudanças curriculares é necessário observar que buscar a convergência com as DCN vai muito além da flexibilidade, da interdisciplinaridade e da articulação teórico e prática. Acima de tudo é fundamental observar o conteúdo obrigatório, a distribuição da carga horária entre os núcleos de formação geral ou básica e profissional ou clínica, as atividades complementares e as atividades desenvolvidas no campo profissional, sejam em ambiente hospitalar ou nas unidades básicas de saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem as colaborações das respectivas coordenações dos cursos de medicina da IES1 e da IES2, as assessorias pedagógicas dos cursos de medicina analisados, por disponibilizar os projetos pedagógicos dos cursos para a análise documental, assim como ao Prof. Dr. Reinaldo Gianini (PUCSP) pelas análises estatísticas.

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

NOTAS SOBRE CONTRIBUIDORES

Carlos Alberto de Oliveira, pesquisador principal, participou como juiz na análise de conteúdo dos projetos pedagógicos dos cursos, das diretrizes curriculares dos cursos de medicina e as dimensões de alinhamento. Responsável pela escrita e análises.

Eliana Amaral, orientadora do doutorado (Programa de Clínica Médica – Área de concentração Ensino em Saúde - UNICAMP), contribuiu com a elaboração do projeto e desenho do estudo, análise dos dados e preparação do texto.

Maria Helena Senger, pesquisadora associada, participou como juíza na análise de conteúdo dos projetos pedagógicos dos cursos, das diretrizes curriculares dos cursos de medicina e das dimensões de alinhamento e participou da revisão do texto.

Oscarina da Silva Ezequiel, pesquisadora colaboradora, participou como juíza na análise de conteúdo dos projetos pedagógicos dos cursos, das diretrizes curriculares dos cursos de medicina e as dimensões de alinhamento, participou na revisão do texto e análise dos dados e redação final do texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União. Brasília, 8 jun. 2001; Seção 1, p. 37.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 20 de junho de 2014. Diário Oficial da União. Brasília, 21 jun. 2014; Seção 1, p. 8–11.
3. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(supl 2):2133–44.
4. Almeida MTC, Batista NA. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. *Rev Bras Educ Méd*. 2011;35(4):468–76.
5. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):231–7.
6. Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filos Educ*. 2012;3(2):264–87.
7. Bonwell CC, Eison JA. Active learning: creating excitement in the classroom. ASHE- ERIC Higher Education Report nº 1. Washington (D.C.): The George Washington University, School of Education and Human Development; 1991. 128 p.
8. Sayyah M, Shirbandi K, Saki-Malehi A, Rahim F. Use of a problem-based learning teaching model for undergraduate medical and nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Adv Med Educ Pract*. 2017;8:691–700.
9. Cohen-Schotanus J, Muijtjens AMM, Schönrock-Adema J, Geertsma J, Vleuten CPM. Effects of conventional and problem-based learning on clinical and general competencies and career development. *Med Educ*. 2008;42(3):256–65.
10. Schauber SK, Hecht M, Nouns ZM, Kuhlmeier A, Dettmer S. The role of environmental and individual characteristics in the development of student achievement: a comparison between a traditional and a problem-based-learning

- curriculum. *Adv Health Sci Educ.* 2015;20(4):1033–52.
11. Fatmi M, Hartling L, Hillier T, Campbell S, Oswald AE. The effectiveness of team-based learning on learning outcomes in health professions education: BEME Guide no. 30. *Med Teach.* 2013;35(12):e1608-24.
 12. Dolmans D. The effectiveness of PBL: the debate continues. Some concerns about the BEME movement. *Med Educ.* 2003;37(12):1129–30.
 13. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med.* 2014;89(4):573–7.
 14. Jha V, McLean M, Gibbs TJ, Sandars J. Medical professionalism across cultures: A challenge for medicine and medical education. *Med Teach.* 2015;37(1):74–80.
 15. Norman GR, Schmidt HG. Revisiting ‘effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts’. *Med Educ.* 2016;50:793–7.
 16. Gijbels D, Dochy F, Van den Bossche P, Segers M. Effects of problem-based learning: a meta-analysis from the angle of assessment. *Rev Educ Res.* 2005;75(1):27–61.
 17. Haddad AE, Ristoff D, Passarella TM. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 162 p.
 18. García-Bellido R, González Such J, Jornet Meliá JM. Alfa de Cronbach. In: 34^o Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração. Rio de Janeiro: ANPAD; 2010. p. 2–4.
 19. Matthiensen A. Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em avaliações por questionários. Boa Vista: Embrapa Roraima; 2011. p. 1–31. (Documentos, 48)
 20. Frias D. Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida [Internet]. Universitat de València. Disponível em: <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
 21. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab Psicol.* 2013;4(1):65-90.
 22. Huang G, Paes ÂT. Por dentro da estatística posso usar o teste t de Student quando preciso comparar três ou mais grupos? *Educ Contin Saúde.* 2009;7(2):63–4.
 23. Stella RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes

- Curriculares Nacionais para o curso de medicina. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Editora Unifesp; 2008. p. 53–69.
24. Silva LR. UNESCO: os quatro pilares da “Educação pós-moderna”. *Inter-Ação Rev Fac Educ.* 2008;33(2):359–78.
 25. Brasil. Ministério da Educação. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES. Instrumento de Avaliação Institucional Externa: subsidia os atos de credenciamento, recredenciamento e transformação da organização acadêmica (presencial). Brasília (DF): Ministério da Educação; 2014. 36 p.
 26. Frank JR, organizador. *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
 27. Davis MH, Harden RM. Planning and implementing an undergraduate medical curriculum: the lessons learned. *Med Teach.* 2003;25(6):596–608.
 28. Hiss RG, Peirce JC. A strategy for developing educational objectives in medicine: problem-solving skills. *J Med Educ.* 1974;49(7):660–5.
 29. General Medical Council. *Tomorrow’s Doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education.* Manchester: General Medical Council; 2016. 100 p.
 30. Association of American Medical Colleges and the American Medical Association. *The Liaison Committee on Medical Education. Functions and structure of a medical school.* Washington (DC): Association of American Medical Colleges and the American Medical Association; 2018. 35 p.

Tabela 1 - Escores atribuídos por cada avaliador e para cada dimensão na análise dos projetos pedagógicos das IES1 e IES2.

DCNEM	PPC IES 1	PPC IES 1	PPC IES 1	PPC IES 2	PPC IES 2	PPC IES 2
Dimensões	avaliador	avaliador	avaliador	avaliador	avaliador	avaliador
	1	2	3	1	2	3
1.Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso	2	3	3	4	5	5
2.Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso	2	2	2	5	5	5
3.Interrelação das disciplinas na concepção e execução do currículo	2	3	4	5	5	4
4.Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso	3	2	3	4	5	4
5.Existência de módulos ou temas integradores	2	2	2	5	5	5
6.Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso	4	3	4	4	4	4
7.Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório	3	4	3	4	5	4
8.Existência de rede de comunicação científica	3	3	3	4	2	3
9.Serviços de Unidades de Saúde dos três níveis	4	3	3	4	5	5
10.Serviços de laboratórios de ensino	3	4	3	3	4	3
ESCORE TOTAL	28	29	30	42	45	42

* Média da avaliação dos três juízes para IES 1 = 29 e para a IES 2 = 43

Fonte: Autor.

Escore da IES 1:

$$I_{c10}(\text{IES 1}) = \{[29-10] / [50-10]\} \times 100 = 47,5 \%$$

Escore da IES 2:

$$I_{c10}(\text{IES 1}) = \{[43-10] / [50-10]\} \times 100 = 82,5 \%$$

Tabela 2 - Média e desvio padrão de cada dimensão para as duas escolas estudadas: IES1 e IES2

Dimensões	IES1		IES 2		P**
	Média	DP*	Média	DP*	
1. Coerência do currículo com o perfil	2,00	0,00	4,66	0,47	<0,001
2. Adequação da metodologia de ensino	2,00	0,00	5,00	0,00	<0,001
3. Interrelação das disciplinas na concepção e execução do currículo	2,66	0,47	4,66	0,47	<0,01
4. Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso	2,66	0,47	4,33	0,47	<0,01
5. Existência de módulos ou temas integradores	2,00	0,00	5,00	0,00	<0,001
6. Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso	3,33	0,47	4,00	0,00	0,03
7. Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório	3,33	0,47	4,33	0,47	0,03
8. Existência de rede de comunicação científica	2,66	0,47	4,00	0,82	0,04
9. Serviços de Unidades de Saúde dos três níveis	3,00	0,00	4,66	0,47	<0,01
10. Serviços de laboratórios de ensino	3,33	0,47	3,33	0,47	0,50

*DP – desvio padrão e **P – teste t

Fonte: Autor.

Quadro 1 – Exemplos de conteúdo das dimensões para cada IES.

Dimensões	IES 1	IES 2
1. Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso	<p>... ao formar um profissional que, além de dominar os princípios básicos da medicina curativa, domina também os princípios de promoção da saúde coletiva, o que implica na importância de saber atuar frente às necessidades da comunidade.</p> <p>No ano de 2014 o quadro curricular passou por adequações, tendo em vista nova ampliação dos cenários de prática para os alunos desta IES junto aos serviços vinculados à Secretaria de Saúde do Município, especialmente no que se refere à atenção básica. (página 32)</p>	<p>...Priorizar a educação problematizadora em detrimento da tradicional; centralizar o ensino nas necessidades do aluno; garantir o contato do aluno de medicina, desde o primeiro ano da faculdade, com as realidades de saúde e socioeconômicas da comunidade; realizar um processo educativo interativo e construtivo; individualizar a educação; realizar avaliação diferenciada, integrada e integral. (páginas 16-17)</p>
2. Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso	<p>... durante os dois primeiros anos da formação médica, é essencial a organização do ensino denominado básico.</p> <p>As atividades do Internato desenvolvem-se ... basicamente em estágios hospitalares, ambulatoriais e na rede básica de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município. (páginas 47-51)</p>	<p>... grande reforma curricular que culminou com a mudança para metodologia ativa.</p> <p>As competências e habilidades a serem adquiridas pelo estudante nos doze semestres do curso médico serão desenvolvidas por meio das diversas estratégias pedagógicas articuladas em cada ano do curso de graduação. (página 18)</p>
3. Interrelação das disciplinas na concepção e execução do currículo	<p>No 1º e no 2º ano do curso há disciplinas anuais e semestrais.... No 3º e no 4º ano as disciplinas também são anuais ou semestrais no 5º e no 6º anos passam por um período em cada estágio. (páginas 47-51)</p>	<p>... Assim, um currículo organizado por módulos pode oferecer essas possibilidades, permitindo diferente combinações de conhecimentos disciplinares e de aplicações. (página 20)</p>
4. Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso	<p>Conforme o Regimento Geral desta IES, a avaliação da aprendizagem é realizada em cada disciplina, abrangendo todos os aspectos de aproveitamento, mediante procedimentos específicos e atividades curriculares, tais como: provas, pesquisas, arguições, trabalhos práticos em laboratórios e campo, seminários e estágios, entre outras. (páginas 83-85)</p>	<p>São utilizadas diversas formas de avaliação dos estudantes, em consonância com o que é praticado nos anos anteriores. São realizadas: Avaliação formativa (tutoria, portfólio, mini-CEX, prova de progresso, apresentação e caso clínico), Avaliação somativa (salto triplo, prova em estações, prova escrita, mini-CEX, relatórios finais). (páginas 84-87)</p>
5. Existência de módulos ou temas integradores	<p>Entende-se que a discussão e a problematização interdisciplinar devem estar presentes desde o início da vida acadêmica do estudante, mesmo reconhecendo que a atual organização curricular, algumas vezes, ainda dificulta a operacionalização da interdisciplinaridade. (páginas 48-49)</p>	<p>... definem-se módulos como organizações didático/pedagógica que se caracterizam por atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências através da inter-relação de conceitos e organização de atividades.</p> <p>A construção curricular modulada favorece a vivência de aprendizagens relacionais, ou seja, aprendizagens que se articulem com temas transversais de modo a se dinamizar num movimento em espiral, onde temas, proposições, problemáticas, conceitos fundantes da experiência formativa sejam vivenciados perpassando toda a formação e sendo perpassados pelos conhecimentos específicos dessa mesma formação. (páginas 24-25)</p>
6. Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso	<p>O Internato constitui o último núcleo do curso de graduação médica, com duração de dois anos. No internato a formação teórico-prática é intensiva e contínua, sob a orientação científica e didática do corpo docente da faculdade, prioritariamente, e do corpo clínico das Instituições de Saúde conveniadas com a faculdade. (página 50)</p>	<p>Trazer aspectos da teoria como suporte aos conhecimentos médicos para a prática é possível com o contato direto com os pacientes e usuários do sistema de saúde. A melhor forma para propiciar tal articulação se dá por meio da inserção precoce do estudante de medicina, ou seja, desde o primeiro instante no Curso de Medicina os estudantes são levados aos cenários de prática que lhes possibilitam o contato com os usuários do sistema de saúde, pacientes, seus núcleos familiares e ambiente em que vivem. Ao longo do curso e, especialmente, durante o internato, agora estendido para os últimos três anos do curso, há a possibilidade que o diálogo entre teoria e prática se faça de forma efetiva. (páginas 22-24)</p>

7. Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório	O 6º ano do curso propõe, além dos estágios nas grandes áreas já citadas, um núcleo de estágio em Ambulatórios, pertencentes à rede de atenção básica do município e um estágio Optativo, realizado em instituições renomadas, por meio de parcerias firmadas com esta IES. (página 51)	Na presente proposta estão incluídas situações do cotidiano em que há convivência entre professores e preceptores médicos e não-médicos. Isso ocorre especialmente nas atuações em que os estudantes estão na prática de aprendizagem das Unidades Básicas de Saúde (atividades com profissionais da Antropologia), nos Projetos Terapêuticos Singulares (Enfermeiros) e em atividades específicas no Internato (Saúde Coletiva, Cirurgia e Obstetrícia). Nos três últimos anos são desenvolvidas as atividades eminentemente práticas do Internato, que correspondem ao estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço do curso. (pag 30)
8. Existência de rede de comunicação científica	Desde 1976, esta IES edita a Revista Perspectivas Médicas. A partir do ano de 1995, a revista foi atualizada e reestruturada, com publicações de periodicidade anual, sendo editada e publicada ininterruptamente por 16 anos. Em 2013 obteve B3 no Qualis CAPES e recebeu pelo International Index Copernicus Value o fator de impacto de 5,15, passando para a periodicidade quadrimestral. (página 79)	Livre acesso ao acervo, possibilitando ao usuário o manuseio das obras; Acessibilidade para portadores de necessidades especiais; Empréstimo domiciliar; Página web da biblioteca e Catálogo on-line (Lumen); Serviços on-line de reserva e renovação de empréstimos; Serviços de Pesquisa e levantamento bibliográfico; Serviços de Recuperação de documentos; Comutação bibliográfica (SCAD e COMUT); Capacitação para Pesquisa (Fontes de Informação, Gerenciadores de Referência); Orientação e normalização de trabalhos acadêmicos; Acesso a importantes fontes de informação online; Biblioteca digital institucional de Teses e Dissertações; Portal de Revistas da Publicadas pela Instituição; Suporte técnico à editoração de revistas eletrônicas publicadas no Campus Sorocaba; Suporte à utilização de ambiente MOODLE para apoio ao ensino presencial; Suporte ao desenvolvimento de conteúdos pedagógicos. (pag 105-106)
9. Serviços de Unidades de Saúde dos três níveis	O Município ... e região dispõem de uma extensa rede de serviços públicos de saúde que proporciona aos estudantes ... ampla diversificação de cenários para o aprendizado da prática médica. ... conta atualmente com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde na rede de serviços básicos do SUS como UBS, PSF; ambulatórios de especialidades; dois hospitais, sendo um próprio. (página 56)	... a prática constitui uma das dimensões para a produção de conhecimentos, para tanto, desde o primeiro semestre o aluno terá contato com as atividades hospitalares, seja no momento de Habilidades Médicas (4 horas/aula), seja na Prática de Atenção à Saúde (4 horas/aula). Com o desenvolver do curso, no 5º e 6º semestre, as atividades de Habilidades duplicam. No internato, a integração entre teoria e prática é total. (pag 30)
10. Serviços de laboratórios de ensino	A estrutura dos laboratórios foi planejada no modelo horizontal multidisciplinar, visando a viabilização e a dinamização dos espaços com a expectativa de proporcionar e estimular a integração das disciplinas que os utilizam. (páginas 91-92)	Biotério, Lab. de Anatomia, Lab. de Anatomia Patológica, Lab. de Biologia Celular, Lab. de Biomateriais, Lab. de Bioquímica, Lab. de Farmacologia, Lab. de Fisiologia, Lab. de Habilidades Clínicas, Lab. de Histologia, Lab. de Imunologia, Lab. de Parasitologia, Lab. Morfofuncional, Lab. de Microbiologia, Lab. de Simulação de Procedimentos, Lab. de Técnicas cirúrgicas. (páginas 103)

4.2. Artigo 2

“PERCEPÇÕES DOCENTES SOBRE O ALINHAMENTO DE PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSO DE MEDICINA COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS”

Carlos Alberto de Oliveira*

Eliana Amaral**

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) 2036/2010 – Projeto Pró-Ensino na Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)"

"This study was partially financed by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) 2036/2010– Pro-Teaching on Health Project, School of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP)"

* Professor - Auxiliar de ensino, Faculdade de Medicina, PUC-São Paulo.

** Professora-Titular de Obstetrícia, DTG/FCM/Unicamp

Contato: Carlos Alberto de Oliveira – cadoliveira@pucsp.br – Tel. +55 11 974550021

RESUMO

Introdução: Compreender a consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de medicina demanda uma contextualização da realidade do ensino nas Instituições de Ensino Superior (IES). Sua implantação pressupõe uma (re) orientação do processo de formação em saúde, com integração entre o projeto pedagógico do curso (PPC) e o Sistema único de Saúde (SUS), que depende da adesão do corpo docente. Assim, é necessário compreender como os docentes percebem essa demanda de alinhamento PPC e DCN. **Métodos:** Realizou-se um estudo qualitativo, no qual foram entrevistados docentes do terceiro e do sexto ano do curso médico de duas instituições de ensino superior do estado de São Paulo, sendo uma autarquia municipal e a outra confessional filantrópica. Buscou-se captar e relatar suas vivências em relação ao alinhamento do PPC com as DCN. A análise de conteúdo foi utilizada para as entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** Os docentes da IES 1 reconhecem que o PPC ainda não está alinhado com as DCN de 2001. Revelaram que a ação docente é determinada mais pelo seu próprio perfil do que pelo plano de ensino e que a maioria dos docentes desconhece as DCN e não manifesta interesse ou necessidade de conhecê-las. Na IES 2, na qual a mudança foi anterior, houve adoção de metodologia ativa de ensino-aprendizagem no redesenho curricular e os docentes se sentem mais capacitados para utilizá-la. **Conclusão:** As reflexões dos docentes das duas IES deixam clara a distância (*gap*) entre o PPC e as DCN, A percepção diferenciada dos docentes nas duas IES pode ser explicada pelo fato de que

Palavras chaves: Pesquisa qualitativa, Relações comunidade-instituições, currículo.

ABSTRACT

Introduction: Understanding the consolidation of the National Curricular Guidelines (NCG) of medicine demands a contextualization of the reality of teaching in Higher Education Institutions (HEIs). Its implementation presupposes a (re) orientation of the health training process, with integration between the pedagogical project of the course (PPC) and the Unified Health System (SUS), which depends on the adherence of the teaching staff. Thus, it is necessary to understand how the teachers perceive this demand of alignment of the PPC with the NCG. **Methods:** A qualitative study was carried out in which teachers of the third and sixth year of the medical course of two community higher education institutions of the state of São Paulo were interviewed, being one municipality and the other confessional. We sought to capture and report their experiences regarding the alignment of the PPC with the NCG. Content analysis was used for semi-structured interviews. **Results:** Teachers at IES 1 recognize that the PPC is not yet aligned with the NCG of 2001. They revealed that the teaching action is determined more by their own profile than by the teaching plan and that most teachers are not aware of the NCG and do not interest or need to know them. In the IES 2, in which the change was previous, there was an active teaching-learning methodology in curriculum redesign and teachers feel more able to use it. **Conclusion:** The reflections of the teachers of the two HEIs make clear the distance (gap) between the PPC and the NCG. The differentiated perception of the teachers in the two HEI can be explained by the fact that the change in HEI 2 occurred earlier and, therefore, teachers have better adapted to the active methodology of teaching-learning or feel more able to use it.

Keywords: Qualitative research, Community-institution relations, curriculum.

RESUMEN

Introducción: La comprensión de la consolidación de las Pautas Curriculares Nacionales (PCN) de la medicina exige una contextualización de la realidad de la enseñanza en las instituciones de educación superior (IES). Su implementación presupone una (re) orientación del proceso de capacitación en salud, con integración entre el proyecto pedagógico del curso (PPC) y el Sistema Único de Salud (SUS), que depende de la adhesión del personal docente. Por lo tanto, es necesario comprender cómo los profesores perciben esta demanda de alineación del PPC con el PCN.

Métodos: se realizó un estudio cualitativo en el que se entrevistó a docentes de tercer y sexto año del curso médico de dos instituciones comunitarias de educación superior del estado de São Paulo, siendo un municipio y el otro confesionario. Intentamos capturar e informar sus experiencias con respecto a la alineación del PPC con el PCN. El análisis de contenido se utilizó para entrevistas semiestructuradas.

Resultados: los maestros en IES 1 reconocen que el PPC aún no está alineado con el PCN de 2001. Revelaron que la acción docente está más determinada por su propio perfil que por el plan docente y que la mayoría de los docentes no conocen el PCN y lo hacen. No les interesa ni necesitan conocerlos. En el IES 2, en el que el cambio fue anterior, hubo una metodología activa de enseñanza-aprendizaje en el rediseño del currículo y los maestros se sienten más capaces de usarlo.

Conclusión: las reflexiones de los maestros de las dos IES aclaran la distancia (brecha) entre el PPC y el PCN. La percepción diferenciada de los maestros en las dos IES puede explicarse por el hecho de que el cambio en la IES 2 ocurrió más tiempo y, por lo tanto, los maestros se han adaptado mejor a la metodología activa de enseñanza aprendizaje o se sienten más capaces de usarlo.

Palabras clave: investigación cualitativa, relaciones comunidad-institución, currículum.

INTRODUÇÃO

As mudanças recomendadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina de 2001¹ e ratificadas pelas DCN de 2014² ainda encontram resistências e dificuldades à plena implementação. Muitas instituições estão arraigadas em uma estrutura de disciplinas e departamentos isolados, pouco integrados, no modelo que tem sido identificado como flexneriano^{3,4}. As dificuldades observadas referem-se à adoção de novas estratégias educacionais, melhor integração curricular com serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵⁻⁷ e atuação no espaço compartilhado das unidades básicas e pela falta de alinhamento de objetivos e ações entre docentes, coordenadores de curso e gestores do SUS.

Para compreender o alcance das DCN no ensino superior em saúde é preciso contextualizar a realidade do ensino nas Instituições de Ensino Superior (IES), do processo de desenvolvimento profissional para o exercício da docência e, principalmente, do diálogo permanente entre estes atores e o projeto pedagógico do curso de medicina (PPC). Como ensina Paulo Freire⁸:

...para ter força de mudança é necessário ao processo educativo estabelecer relação de organicidade com a contextura da sociedade a que se aplica.

Considerando o relevante papel da facilitação da aprendizagem na consolidação das DCN⁹ para promover uma (re) orientação em todo o processo de formação em saúde, é necessário compreender a percepção dos docentes sobre o alinhamento do PPC e as DCN. Com este intuito propusemos entrevistar docentes do terceiro e do sexto ano do curso médico de duas instituições relatando suas percepções sobre aspectos relevantes desse alinhamento.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa junto aos docentes de escolas médicas contemporâneas, estabelecidas desde 1970, sendo uma autarquia municipal (IES1) e a outra confessional filantrópica (IES2), na qual se realizaram entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro pré-estabelecidos¹⁰⁻¹³. Foi utilizada a análise de conteúdo para análise dos dados das entrevistas semiestruturadas. A reflexão

sobre os temas propostos nos ajudou a interpretar e refletir sobre a realidade multidimensional que se apresentou após as entrevistas ^{14,15}.

A coleta dos dados ocorreu após explicação por parte do pesquisador e coleta de assinatura nos termos de consentimento livre e esclarecido. Foram feitos reiterados convites a todos os professores que desempenhavam, atividades no terceiro e/ou sexto ano do curso de medicina. Participaram voluntariamente quatro docentes da IES 1 e cinco docentes da IES 2. Dois docentes em cada IES davam aulas para turmas de 3º e 6º ano, dois eram docentes do 3º ano apenas e um dos docentes da IES2 tinha atividades apenas com internato, no 6º ano. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da IES1 sob o número CAAE 62459816.5.3001.5412 e pelo CEP da IES2 sob o número CAAE 62459816.5.0000.5373, após aprovação nas respectivas coordenações de graduação.

RESULTADOS

A reflexão dos docentes expressas nas entrevistas geraram quatro categorias de análise: 1) Estratégias de ensino aprendizagem mais utilizadas em suas atividades didáticas; 2) Estratégias de avaliação do estudante; 3) Experiência discente em unidades básicas de saúde e 4) Percepção sobre o alinhamento entre os projetos pedagógicos do curso (PPC) com as diretrizes curriculares nacionais (DCN) de medicina de 2001 e 2014.

1) ESTRATÉGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

As estratégias mais utilizadas pelos professores na IES1 foram as aulas expositivas, um deles referindo aplicação de casos clínicos durante as mesmas. Segundo os entrevistados da IES2, a estratégia mais utilizada pelos professores em sua instituição é a PBL (*Problem Based Learning* - Aprendizagem Baseada em Problemas), apesar da instituição também utilizar aulas teóricas.

“... aulas expositivas, fechando o assunto com a aplicação de um caso clínico” (IES1 - Entrevista 1)

*“Embora nosso curso seja metodologia ativa, com exceção das tutorias, acredito que as aulas ainda são as teóricas tradicionais”
(IES2 - Entrevista 5)*

Os professores da IES 1, exceto um deles, referiram que a metodologia que usavam na sala de aula era centrada no aluno. Embora todos os entrevistados da IES 2 tenham referido que a metodologia de ensino-aprendizagem utilizada é centrada no aluno, houve manifestações sobre as aulas expositivas modificando essa afirmativa.

“... mais voltada às necessidades do grupo. Dando apoios individuais” (IES1 - Entrevista 2).

“Talvez, meio a meio.” (IES2 - Entrevista 3).

Os professores-participantes da IES 1 declararam utilizar diversas estratégias de ensino, mesclando ensino tradicional com atividades que colocavam os alunos em uma participação mais ativa. Um deles especificou que usava atividades em grupo para o raciocínio clínico. Outro referiu que utilizava a estratégia centrada no aluno que atuava *“como autor e ator de seu aprendizado”* em suas aulas. Um dos professores mencionou que a estrutura obriga os professores a oferecerem atividades tradicionais. De alguma forma, essa descrição não se diferenciou muito do relatado para a IES2.

“... aulas expositivas, fechando o assunto com a aplicação de um caso clínico” (IES 1 - Entrevista 1)

“Discussão de casos clínicos, discussão de temas, aulas expositivas.” (IES2 - Entrevista 4)

A percepção dos docentes participantes do curso da IES 1 é de que alguns professores estão buscando adotar novas metodologias de ensino-aprendizagem, mas afirmam que nem todos se interessam em conhecer o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e reconhecem que a metodologia tradicional arraigada na instituição. Outro ponto levantado é a redução dos ganhos do profissional médico, assim como do professor médico, fazendo com que as atividades de ensino não sejam prioridade para muitos dos profissionais envolvidos. Quanto à percepção dos entrevistados da IES 2, não houve um consenso. Alguns entrevistados disseram que os professores estão engajados e que esse engajamento está aumentando ao longo do tempo. Mas

alguns entrevistados reconheceram dificuldade com a adesão a práticas mais ativas principalmente dos professores mais velhos e dos professores médicos.

“O engajamento dos professores em relação às metodologias de ensino-aprendizagem é regular. Parte dos professores parece ter bom conhecimento do projeto pedagógico, mas há um número relativamente elevado de professores que parecem não se interessar em conhecer o projeto e ensinam de forma frequentemente desconectada do contexto” (IES1 - Entrevista 3).

“A diminuição ou achatamento salarial do médico faz com que as atividades acadêmicas fiquem cada vez mais em segundo plano e com isso o engajamento fique limitado, o que reflete diretamente no ensino-aprendizagem em qualquer pedagogia utilizada no ensino médico” (IES1 - Entrevista 2).

“Ainda há, após 13 anos de implantação do PBL, alguma restrição por parte não apenas de alguns professores mais velhos, mas também alguma dificuldade de entendimento da nova Metodologia de colegas mais novos, principalmente dos professores médicos!” (IES 2 - Entrevista 2).

2) ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE

Quanto às estratégias de avaliação utilizadas durante o curso de medicina da IES 1, predominam as provas escritas com questões abertas, questões objetivas e pequenas dissertações, além de trabalhos com o uso de tecnologias da informação. Diferentes tipos de avaliação foram relatados: a) oral com história clínica e exames físicos completos para raciocínio clínico, tipo caso longo; b) provas objetivas e dissertativas; c) provas abertas e questões teste voltadas aos objetivos específicos das atividades práticas e d) avaliação conceitual de reflexão e auto avaliação. Quanto à IES 2, entre as avaliações utilizadas pelos professores estão provas teóricas e práticas, provas orais, portfólios e provas de estação. Um dos entrevistados referiu que usa o Mini-Cex (Mini Exercício Clínico). Outro professor referiu que o projeto

define que a avaliação deve ser somativa e formativa, sem discriminar quais métodos são utilizados.

“Até o momento utilizo apenas provas com questões objetivas e dissertativas, porém a partir deste semestre também utilizarei casos clínicos entregues pelos alunos” (IES1 - Entrevista 1)

“Método tradicional com história clínica, exame físico completo para raciocínio clínico” (IES1 - Entrevista 2).

“Há a possibilidade de se usar avaliação escrita, prova oral de habilidades e Portfólios.” (IES2 - Entrevista 2).

“Mini-Cex” (IES 2 - Entrevista 1)

“Como dou aula de habilidades, uso prova de estações que é o que prevê nosso projeto pedagógico, associada a observação do aluno no dia a dia” (IES2 - Entrevista 5).

Os professores da ambas as IES referem que a estratégia de avaliação utilizada é centrada no aluno. Um dos professores disse que faz avaliações orais frente a frente com o paciente no dia a dia de salas de emergência, enfermarias e ambulatorios. Mas há um incômodo com os critérios para atribuir conceitos ou notas.

“Acredito que a utilização estrita, pura, original do Método do PBL possa ser mais flexível, pois nosso método de avaliação do aluno ainda é muito frágil, necessitando uma melhor análise quanto às diferenças entre conceitos S (suficiente) e I (insuficiente) e notas de 0-10. Ainda há dificuldade de se estabelecer fronteiras sobre a estratificação do aluno. Quem é suficiente tira acima de 7, 8 ou só aquele que é 10? Quem vai para alguma recuperação?” (IES2 - Entrevista 2).

Para os professores da IES1, há engajamento com a avaliação por parte dos professores, mas um deles ponderou que o número grande de alunos limita essa possibilidade e outro relatou que não identificava uma proposta de estratégia de

avaliação definida pela instituição. Entre os entrevistados da IES2, predomina a percepção de pouco engajamento por parte dos professores quanto as estratégias de avaliação propostas no PPC. Um desses professores referiu que considerava a avaliação o ponto “mais frágil” do desempenho dos professores e um professor considerou os professores engajados.

“Acredito que a instituição não tem uma proposta de estratégia de avaliação definida” (IES1 - Entrevista 3).

“Ainda há grande dificuldade de planejamento e execução de boa qualidade. Falta apropriação de conhecimentos sobre processos avaliativos e falta comprometimento dos professores com tal processo. Considero que este é o ponto mais frágil de nosso desempenho como professores.” (IES2 - Entrevista 1).

3) A RELEVÂNCIA DA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Não houve unanimidade entre os professores da IES 1 se concordam que os estudantes de medicina façam estágio obrigatório nas UBS antes da residência porque o currículo já é satisfatório, de acordo com um dos professores. Os professores da IES 2 pareceram favoráveis ao estágio obrigatório em UBS, embora dois deles não tenham dito isso de forma clara.

“Não há essa necessidade, pois a meu ver existem péssimos profissionais nas unidades básicas de saúde, exclusivamente por questões salariais e culturais. Os médicos das unidades básicas são muito mal remunerados e não possuem recursos estruturais para o exercício da profissão. Além disso, o trabalho em unidade básica encontra-se estigmatizado como péssimo serviço assistencial” (IES 1 - Entrevista 2).

“Em nosso curso todos os alunos passam em UBS e ambulatórios; acho fundamental.” (IES2 - Entrevista 5).

4) PERCEPÇÃO SOBRE O ALINHAMENTO DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O ENSINO MÉDICO DE 2001 E AS DE 2014

Foi dito que a IES1 tem um desalinhamento do PPC com as DCN devido à extensa carga horária de aulas. Porém, outros dois professores referiram que o alinhamento está no início e que há professores de diversas áreas atuando para alcançar esse objetivo. O papel da relação médico-paciente foi salientado como o essencial em qualquer projeto de formação. De forma similar, não houve consenso entre os participantes da IES 2. Apenas um professor referiu que havia um alinhamento com as DCN de 2001, porém referiu necessidade de adequação quanto a aspectos da gestão em relação às DCN de 2014. Outro referiu que já houve maior alinhamento, mas que atualmente os professores parecem desestimulados e não colaborativos. Um dos entrevistados referiu que as diretrizes são idealizadas, mas que há necessidade de reestruturação para que os projetos sejam mais tangíveis com relação à atuação do médico no mercado de trabalho, com formação em administração e marketing.

“Acho o alinhamento do curso bem iniciante em relação às Diretrizes, mas como um bebê que muito tem que ser, muito também já foi feito e acho que todos estão até bem-dispostos a melhorar e se adequar às Diretrizes” (IES1 - Entrevista 4)

“Insisto em dizer que o cerne da questão num projeto pedagógico médico tem que mesclar um ensino tradicional com projetos de raciocínio clínico para uma formação de médicos. Vivemos períodos de distanciamento médico/paciente atolados em exames laboratoriais e de imagens, o que distancia o médico do paciente. Nesse contexto, e numa época mais tecnológica o médico vem perdendo um perfil antigo de maior proximidade. Soma-se isso aos crescentes decréscimos salariais o que faz com que médicos tenham que trabalhar em diversos empregos. Professores estão incluídos nesse contexto e ensinam mal seus alunos. Escolas despreparadas, estruturalmente, se acotovelam pelo país que não contextualizam isso nas novas diretrizes de 2001 para 2014”. (IES1 - Entrevista 2).

“ Se for da minha instituição acho que quando foi implementado estava melhor do que agora; sinto os professores muito desestimulados, e não colaborativos dentro do objetivo que é formar o médico; acredito que a instituição deveria se importar com cursos de capacitação docente e incentivo para congressos de educação médica, o que não acontece; os poucos que se interessam por um curso melhor não tem nenhum apoio da Instituição, o que leva ao desestímulo e falta de comprometimento. ” (IES2 Entrevista 5).

“Muito bonito no papel, mas há a necessidade de ser reestudado por profissionais que atuam intensamente no Mercado de Trabalho para que os Projetos saiam da esfera “cósmica” e sejam mais tangíveis quanto a atuação do Médico no Mercado! Por que existe o MedCurso? A existência desses cursinhos para as provas de Residência, e TODOS fazem, é a flagrante falência do que fazemos na Universidade.... Outra coisa, não temos nem Administração e nem Marketing que são conhecimentos fundamentais para qualquer profissional. Não entenda Marketing como Propaganda, mas sim uma estratégia de posicionamento de Mercado e outras ações que devem ser focadas em atitudes éticas e mais eficazes de disseminação de suas competências! ” (IES2 - Entrevista 2).

Nem todos os participantes da IES1 opinaram sobre as Diretrizes Curriculares porque nem todos a conheciam. Um dos professores referiu que considera as diretrizes coerentes porque tanto o professor como o aluno são atores responsáveis pelo aprendizado. O outro considerou um projeto inovador já que é voltado para o aluno. No entanto, considera descontextualizado porque o país não tem condições estruturais para formar médicos generalistas em contraste com uma avalanche de exames complementares que se incorporaram na prática médica. De forma similar, nem todos os professores da IES 2 expressam sua opinião sobre as DCN. Para alguns deles, as DCN de 2001 são um “grande avanço”, são “válidas em vários aspectos” e “muito interessante”, assim como as DCN de 2014, agora

mandatórias. Entretanto, um deles disse que partes das mesmas não estão de acordo com a realidade dos alunos. Salientou que há desconexão com a realidade do espaço de formação, já que as UBS não têm condições de trabalho, inclusive com falta de material no pronto socorro. Outro docente referiu que o currículo ideal, na opinião dele, seria com dois primeiros anos básicos e depois Ensino Baseado em Problemas, a PBL. Na percepção dele, os alunos têm conhecimentos muito superficiais de quase tudo.

“Minha opinião é um projeto inovador já voltado ao aluno (parágrafo 9), porém ainda descontextualizado de uma realidade (da época). O país não tinha e não tem condições estruturais para formar médicos generalistas que examinem seus pacientes frente a uma avalanche de exames complementares que se incorporaram na prática médica daquela época quiçá na de atualmente”. (IES1 - Entrevista 2).

“Acho que as Diretrizes são bem coerentes haja vista que nem só o aluno ou o professor sai como ser único é responsável pelo aprendizado, determinando a responsabilidade e deveres de cada um”. (IES1 - Entrevista 4).

“Eu fui lá ler, ah, fui mesmo!! ...Como fazer nossos alunos entenderem o Artigo 4 quando fala: “Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e...”, mas como ensiná-los a trabalhar numa UBS que é uma vergonha ou num PS que não tem material? Neste mesmo artigo, os incisos III e IV devem ser reescritos, pois comunicação não é só isso e liderança é a habilidade do profissional envolver as pessoas no que deve ser feito, servindo de um dos braços operacionais, como diz James Hunter, um líder servidor. Como aprender, treinar e evoluir isso na universidade e depois aperfeiçoar no mercado? Quais as reais diretrizes que temos que estabelecer para que isso aconteça?... Tenho muitas críticas, mas tenho sugestões também que vão de encontro às necessidades reais dos colegas de hoje! Alternativas para enriquecer qualquer

método de ensino médico e tornar nossos alunos verdadeiros profissionais da saúde, e promover uma geração de médicos mais diferenciados, éticos, comprometidos, competentes e com foco humanizado no ser humano.” (IES2 - Entrevista 2).

DISCUSSÃO

Observamos uma proximidade de percepção de alinhamento maior do que o esperado contrastando instituições com projetos pedagógicos tão diferentes, uma que adotou as metodologias ativas, com uso de PBL e outra que embasa o currículo em aulas ou conferências, muitas vezes problematizadas com situações clínicas. As reflexões manifestadas pelos docentes das duas Instituições de Ensino Superior (IES) deixam claro que há uma distância (*gap*) entre o projeto pedagógico do curso (PPC) e as diretrizes curriculares nacionais (DCN). Este pode ter ocorrido pelo distanciamento entre o processo de discussão e revisão curricular (macro alterações curriculares) e aqueles que o efetivam, sem promover alterações específicas (micro alterações) que envolvam extensamente os docentes.

Essa situação reforça o que a literatura recomenda, que é a ampla participação da comunidade nas mudanças de currículo, acompanhada pela preparação do corpo docente para novas metodologias de ensino aprendizagem sugeridas nas DCN¹⁶⁻¹⁸. Destaca-se, também que a maioria dos docentes desconhecem as DCN e tampouco demonstram interesse em conhecê-las. O conhecimento dos arcabouços legais e teóricos que orientam os PPC e devem inspirar as atividades docentes é raro¹⁹. Entre seus aspectos essenciais estão o uso de metodologias ativas e avaliação de competências para a formação de um médico geral, com perfil humanista, preparado para atender no Sistema Único de Saúde^{1,2}. Ainda, é possível destacar, que o cenário de prática baseado no ensino em comunidades (UBS) é um caminho de duas vias: a comunidade se beneficia da expertise dos professores e da boa vontade dos estudantes, enquanto o curso de medicina, como um todo, se beneficia com a aprendizagem que vem da práxis, da observação pessoal e da interação social³⁶.

É responsabilidade da IES a seleção e contratação do docente, o apoio para o seu desenvolvimento e para o exercício profissional de forma continuada e, ainda, pela supervisão das suas atividades. Os programas de desenvolvimento

docente focados em metodologias ativas mostraram-se efetivos quando convergiram para os seguintes aspectos: a) investimentos em capacitação, em educação permanente/continuada, em pós-graduação e em formação gerencial; b) políticas de participação em congressos, seminários, oficinas de atualização, participação em comissões externas e de política de saúde local; c) plano de incentivo à capacitação docente, em nível de pós-graduação; d) Núcleo de apoio pedagógico; e) atuação de profissionais da rede (SUS) na escola (IES) e de professores da escola (IES) na rede (SUS); f) sensibilização e instrumentalização do corpo docente para as mudanças e, por fim, g) capacitação docente permanente e em vários níveis ^{20,21}. De forma geral, os programas de desenvolvimento docente com impacto positivo e duradouro, segundo a literatura, são aqueles que apresentam um caráter de longo prazo, longitudinal, envolvendo e dando suporte ao planejamento, assim como à implementação ²²⁻²⁵.

As entrevistas com os docentes revelaram que a ação docente é determinada mais pelo seu próprio perfil do que pelo plano de ensino da disciplina ou módulo. Assim, mesmo na IES com metodologia ativa descrita no seu PPC, o professor utiliza o recurso das aulas expositivas. O uso de “palestras” (aulas) em currículos que adotam PBL já foi relatado na literatura brasileira e internacional ^{19,26,27}. A inclusão de conferências magistrais nesses currículos não é novo e tem seu lugar para sintetizar e atualizar temas complexos ^{28,29}.

Nestas reflexões docentes, percebe-se que a desvalorização do trabalho médico acaba refletindo na prática do ensino dos futuros médicos. O fato de as unidades básicas de saúde não terem estrutura adequada para este ensino é outro fator negativo na percepção docente, que desestimula sua adesão à proposta ³⁰. Esse fato se destaca nos diversos níveis de atenção do ensino médico ^{5,31}.

As mudanças constantes nos currículos das escolas médicas se impõem devido as constantes mudanças da sociedade, do avanço do conhecimento, da complexidade vivencial e das inovações na educação. Entretanto, é necessário um olhar especial e esforços dedicados a apoiar aqueles que participam desta mudança.

A transformação curricular, complexa e multifacetada, deve ser uma construção coletiva articulando e envolvendo os diversos atores e colaboradores da instituição de ensino. Deve abordar mudanças pedagógicas, nos cenários de prática e principalmente atividades na atenção básica de saúde. É preciso estar atento para a insegurança que gera, assim como, para os efeitos negativos no bem-estar e na

saúde mental dos estudantes. Desenhos educacionais com o uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem devem prover mecanismos de defesa, no sentido de mitigar os efeitos estressores da mudança¹². É preciso acompanhar mais de perto os discentes, mas também docentes, oferecendo suporte como mentoria e coaching, além de atividades de desenvolvimento docente para esclarecer o melhor uso das diferentes estratégias.

O questionamento sobre a necessidade ou oportunidade de ter experiências de formação na atenção primária à saúde demonstra a pouca familiaridade do corpo docente das instituições brasileiras com as mais recentes tendências em educação de profissionais de saúde, salientado pela literatura³²⁻³⁵. De fato, a experiência brasileira é ampla em educação médica baseada na comunidade e tem inspirado outros cursos em outros países³⁶.

As conclusões desse estudo estão limitadas pela pequena amostra de docentes que se disponibilizou a responder à entrevista, o que, por si só, poderia representar um viés. De fato, convidamos todos os docentes que tinham atividades no terceiro e/ou no sexto ano da graduação das duas IES, mas não conseguimos agendar um encontro presencial com os demais. Essa baixa adesão se alinha com a observação da sobrecarga de atividades dos médicos, referida nas entrevistas.

Nosso estudo fornece sugestões àqueles que dirigem as iniciativas de mudança curricular nas escolas de medicina, sejam elas relativas ao planejamento, a implantação e na institucionalização. Os fatores que fortalecem ou enfraquecem os processos de mudanças emergiram nas reflexões dos docentes das duas IES. (macro mudanças). Também são fatores importantes a alocação de recursos, estrutura organizacional, o clima cooperativo dos docentes, a complexidade da inovação, a capacitação docente prévia, uma boa comunicação, o entendimento da queda de desempenho nos momentos iniciais da mudança e o reconhecimento das lideranças, identificados como micro mudanças³⁷⁻⁴⁰.

CONCLUSÃO

Os docentes da IES 1 reconhecem mais claramente que o PPC ainda não estava alinhado com as DCN de 2001 e menos ainda com as novas DCN (2014), apesar de que muito já foi feito neste sentido, visto que alguns professores têm tentado utilizar algumas metodologias centradas no aluno. No entanto, é conhecido que qualquer mudança curricular precisa de tempo para ser internalizada. A

percepção diferenciada dos docentes quanto ao alinhamento do PPC e as DCN nas duas IES talvez decorra do fato de que a mudança curricular na IES 2 ocorreu há mais tempo, com docentes melhor capacitados para metodologias ativa de ensino aprendizagem e estratégias educacionais e novos cenários, com mais oportunidades para a identificação de resistências às mudanças e reflexão no sentido de superá-las.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem as colaborações das respectivas coordenações dos cursos de medicina da IES1 e da IES2, as assessorias pedagógicas dos cursos de medicina analisados, por disponibilizar os projetos pedagógicos dos cursos para a análise documental, assim como a Silvana Bento, pesquisadora do Centro de Pesquisas Reprodutivas de Campinas (CEMICAMP) e Karla Simônia de Pádua, pesquisadora do Centro de Pesquisas Reprodutivas de Campinas (CEMICAMP).

Este estudo fez parte do projeto Capes 2036/2010, Pró-Ensino em Saúde da faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

NOTAS SOBRE CONTRIBUIDORES

Carlos Alberto de Oliveira, pesquisador principal, participou nas entrevistas com os docentes das duas instituições de ensino superior. Responsável pela preparação e escrita do texto e análises dos dados. Eliana Amaral, orientadora do doutorado (Programa de Clínica Médica – Área de concentração Ensino em Saúde - UNICAMP), contribuiu com a elaboração do projeto e desenho do estudo, análise dos dados e preparação do texto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União. Brasília, 8 jun. 2001; Seção 1, p. 37.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 20 de junho de 2014. Diário Oficial da União. Brasília, 21 jun. 2014; Seção 1, p. 8–11.
3. Carraccio C, Englander R. From Flexner to competencies: reflections on a decade and the journey ahead. *Acad Med*. 2013;88(8):1067-73.
4. Nunes E. Cem anos do relatório Flexner. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(supl 1):956.
5. Barreto ICHC, Andrade LOM, Moreira AEMM, Machado MMT, Silva MRF, Oliveira LC, et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saúde Soc*. 2012;21(supl 1):80–93.
6. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):7–18.
7. Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, Silva KL, Rocha MEMO, Lima RJO. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Enferm*. 2013;66 n. esp:102-10.
8. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(3):299–307.
9. Haddad AE, Ristoff D, Passarella TM. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 162 p.
10. Katz D, Festinger L, Gomes GJ. A pesquisa na psicologia social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1974. 646 p.
11. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*. 2004;(24):213–25.
12. Stock FS, Sisson MC, Grosseman S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. *Rev Bras Educ Méd*. 2012;36(1):5–13.
13. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde*. 2011;35(4):438–42.

14. Ludke M, André M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U.; 1986.
15. Alves ZMMB, Silva MHGFD. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 1992;(2):61–9.
16. Alves CL, Belisário SA, Abreu DMX, Lemos JMC, D'ávila LS, Goulart LMHF. Curricular transformations in medical school: an exploration of the promotion of change in Brazil. *Med Educ*. 2013;47(6):617–26.
17. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med*. 2014;89(4):573–7.
18. Bland CJ, Starnaman S, Wersal L, Moorhead-Rosenberg L, Zonia S, Henry R. Curricular change in medical schools: how to succeed. *Acad Med*. 2000;75(6):575–94.
19. Ronzani T. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças ? *Rev Bras Educ Méd*. 2007;31(1):38-43.
20. Batista NA, Batista SH, Abdalla IG, organizadores. Ensino em saúde : visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência; 2005. 355 p.
21. Campos HH, Campos JJB, Faria MJS, Barbosa PFA, Araújo MNT. Programas de desenvolvimento docente em escolas médicas: oportunidades e perspectivas. *Cad ABEM*. 2007;3:34–8.
22. Villegas-Reimers E. Teacher professional development : an international review of the literature. *UNESCO Int Inst Educ Plan*. 2003;1–197.
23. Desimone LM. Improving impact studies of teachers' professional development: toward better conceptualizations and measures. *Educ Res*. 2009;38(3):181-99.
24. Gozu A, Windish DM, Knight AM, Thomas PA, Kolodner K, Bass EB, et al. Long-term follow-up of a 10-month programme in curriculum development for medical educators: A cohort study. *Med Educ*. 2008;42(7):684–92.
25. Perim GL, Abdalla IG, Aguiar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR; Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(supl.I):70–82.
26. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em odontologia. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2011;15(39):1053–67.
27. Richardson GM, Byrne LL, Liang LL. Making learning visible: developing

- preservice teachers' pedagogical content knowledge and teaching efficacy beliefs in environmental education. *Appl Environ Educ Commun*. 2017;17(1):1–16.
28. Gustin MP, Abbiati M, Bonvin R, Gerbase MW, Baroffio A. Integrated problem-based learning versus lectures: a path analysis modelling of the relationships between educational context and learning approaches. *Med Educ Online*. 2018;23(1):1489690.
 29. Dunsmuir S, Frederickson N, Lang J. Meeting current challenges in school psychology training: the role of problem-based learning. *School Psych Rev*. 2017;46(4):395–407.
 30. Anjos RMP, Gianini RJ, Minari FC, Luca AHS, Rodrigues MP. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Rev Bras Educ Méd*. 2010;34(1):172-83.
 31. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004;169(16):172–4.
 32. Kristina TN, Majoor GD, Van Der Vleuten CPM. Defining generic objectives for community-based education in undergraduate medical programmes. *Med Educ*. 2004;38(5):510–21.
 33. Mahoney S, Boileau L, Floridis J, Abi-Abdallah C, Lee B. How social accountability can be incorporated into an urban community-based medical education program: An australian initiative. *Educ Health (Abingdon)*. 2014;27(2):148–51.
 34. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177–81.
 35. Kelly L, Walters L, Rosenthal D. Community-based medical education: Is success a result of meaningful personal learning experiences? *Educ Health (Abingdon)*. 2014;27(1):47–50.
 36. Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amarial E, organizadores. *Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira*. Fortaleza: Funpec; 2014.
 37. Cruz E, Costa FA. Revisitando o (s) sentido (s) para a integração curricular. *Rev e-curriculum*. 2015;13(2):193–213.
 38. Chaves SE. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos no ensino de

graduação em Enfermagem. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2014;18(49):325-36.

39. Franco ECD, Soares AN, Gazzinelli MF. Recontextualização macro e micropolítica do currículo integrado: percursos experimentados em um curso de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2018;22(4):e20180053.
40. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2014;18(49):313–24.

4.3. Artigo 3

“PERSPECTIVAS DO ESTUDANTE DE MEDICINA QUANTO AO ALINHAMENTO DO CURSO COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM DIFERENTES MODELOS CURRICULARES: UM ESTUDO EM GRUPO FOCAL”.

Carlos Alberto de Oliveira*

Eliana Martorano Amaral**

*Célia Campanaro****

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) 2036/2010 – Projeto Pró-Ensino na Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

"This study was partially financed by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) 2036/2010– Pro-Teaching on Health Project, School of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP)

* Professor - Auxiliar de ensino, Faculdade de Medicina, PUC-São Paulo.

** Professora-Titular de Obstetrícia, DTG/FCM/Unicamp

***Professora-Adjunta – Faculdade de Medicina de Jundiaí

Contato: Carlos Alberto de Oliveira – Tel. +55 11 974550021 – cadoliveira@pucsp.br

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) desde 2001 reconhecem a responsabilidade social da formação, demandando que as faculdades de medicina busquem preparar profissionais competentes tecnicamente, orientados para resultados, mas também empáticos, resilientes, cooperativos, criativos e inovadores, tomadores de decisões éticas e pensadores críticos. O uso de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante é recomendado, além do atendimento a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a formação do médico que valoriza esse cenário de práticas. O objetivo desse estudo foi analisar a percepção dos discentes sobre as metodologias adotadas e seu alinhamento com as propostas das DCN. **Métodos:** Realizaram-se grupos focais com alunos do terceiro e do sexto ano de dois cursos de medicina que utilizam diferentes metodologias de ensino-aprendizagem, no estado de São Paulo, sediados em uma instituição que é uma autarquia municipal (IES 1) e outra confessional filantrópica (IES 2). Após transcrição das gravações, os dados foram submetidos a análise temática para gerar categorias de análise. **Resultados:** Um total de 13 alunos da IES 1 e 19 alunos da IES 2, com idades médias de 24 anos, participaram de quatro grupos focais. Os alunos demonstraram uma visão positiva sobre o uso de novas metodologias de ensino-aprendizagem, mas destacaram a necessidade de algumas mudanças e adaptações tanto na ação dos professores, quanto da instituição e deles próprios. **Conclusão:** Para ambas as instituições, os estudantes reconhecem a qualidade dos cursos, que os capacita para a vida profissional. Ao mesmo tempo, apontam para necessidade de diversas melhorias que envolvem estrutura curricular, estratégias de avaliação e carências identificadas em número e perfil dos professores, assim como infraestrutura, intensificadas pela expansão no número de vagas.

Palavras chaves: Entrevista, Pesquisa qualitativa, análise de dados, currículo, aprendizagem ativa, educação médica.

ABSTRACT

Introduction: The National Curriculum Guidelines (NCG) since 2001 recognize the social responsibility of training, demanding that medical schools seek to prepare technically competent, results-oriented, but also empathetic, resilient, cooperative, creative and innovative professionals, ethical decision-makers and critical thinkers. The use of student-centered teaching-learning methodologies is recommended, as well as the service to users of the Unified Health System (SUS), seeking the training of the physician who values this practice scenario. The objective of this study was to analyze students' perceptions about the educational methodologies adopted and their alignment with the NCG proposals. **Methods:** We conducted focus groups with third and sixth-year students from two medical courses that use different teaching-learning methodologies in the state of São Paulo, based in an institution that is a municipal autarchy (HEI 1) and a Catholic confessional institution (HEI 2). After transcription of the recordings, the data were submitted to thematic analysis to generate categories of analysis. **Results:** A total of 13 students from HEI 1 and 19 students from HEI 2, with a mean age of 24 years, participated in four focus groups. The students demonstrated a positive view on the use of new learning-teaching methodologies but emphasized the need for some changes and adaptations in both teachers' actions and the institution and themselves. **Conclusion:** For both institutions, students recognize the quality of the courses, that allow them to start working life. At the same time, they point to the need for several improvements that involve curricular structure, evaluation strategies, and needs identified in number and profile of teachers, as well as infrastructure, intensified by the expansion in the number of places.

Key words: Interviews, Qualitative Research, Data Analysis, Curriculum, Active Learning, Medical Education.

RESUMEN

Introducción: las Pautas curriculares nacionales (PCN) desde 2001 reconocen la responsabilidad social de la capacitación y exigen que las facultades de medicina busquen la preparación de profesionales técnicamente competentes, orientados a los resultados, pero también empáticos, resilientes, cooperativos, creativos e innovadores, responsables éticos y responsables. Se recomienda el uso de metodologías de enseñanza-aprendizaje centradas en el estudiante, así como el servicio a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS), buscando la capacitación del médico que valora este escenario de práctica. El objetivo de este estudio fue analizar las percepciones de los estudiantes sobre las metodologías educativas adoptadas y su alineación con las propuestas de PCN. **Métodos:** realizamos grupos focales con estudiantes de tercer y sexto año de dos cursos de medicina que utilizan diferentes metodologías de enseñanza-aprendizaje en el estado de São Paulo, con sede en una institución que es una autarquía municipal (IES 1) y una institución confesional católica (IES 2). Después de la transcripción de las grabaciones, los datos se sometieron a análisis temático para generar categorías de análisis. **Resultados:** Un total de 13 estudiantes de IES 1 y 19 estudiantes de IES 2, con una edad media de 24 años, participaron en cuatro grupos focales. Los estudiantes demostraron una visión positiva sobre el uso de nuevas metodologías de aprendizaje-enseñanza, pero enfatizaron la necesidad de algunos cambios y adaptaciones tanto en las acciones de los docentes como en la institución y en ellos mismos. **Conclusión:** para ambas instituciones, los estudiantes reconocen la calidad de los cursos, que les permiten comenzar la vida laboral. Al mismo tiempo, señalan la necesidad de varias mejoras que involucran la estructura curricular, las estrategias de evaluación y las necesidades identificadas en número y perfil de docentes, así como en la infraestructura, intensificada por la expansión en el número de lugares.

Palabras clave: entrevistas, investigación cualitativa, análisis de datos, currículo, aprendizaje activo, educación médica.

INTRODUÇÃO

A complexidade da educação nas profissões de saúde, em especial na educação médica, se relaciona à prática profissional e à estrutura social atual. Há um consenso sobre a necessidade de adequação da formação médica, com objetivo de satisfazer as demandas assistenciais.^{1,2} Como a formação oferecida nas escolas de medicina e de outras profissões contribui fortemente com os tipos e a qualidade do atendimento, as escolas devem preparar profissionais qualificados que entendam a complexidade inerente aos cuidados de saúde, incluindo as necessidades e anseios aos pacientes e familiares, atuando de forma crítica, ética, cidadã e humanizada.¹⁻⁴ Neste contexto de complexidade, a contribuição do professor ou facilitador de aprendizagem na educação médica se destaca.⁵

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina (DCN), inicialmente em 2001⁶ e reformuladas em 2014⁷, trouxeram orientações norteadoras para a mudança paradigmática na educação médica.⁷⁻⁹ Recomendam que, entre outras questões, é necessário observar a integração de conteúdos, a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem, deslocando o foco do professor para o aluno, de forma que este aprenda a apreender e, desta forma, desenvolva novas habilidades e competências, ajuda a aproximar a formação acadêmica da realidade social.¹⁰⁻¹³

O objetivo final é formar profissionais médicos com autonomia, qualificação técnica, foco na promoção e prevenção de saúde, que promovam um atendimento mais humanizado à população.

O foco não pode ser exclusivo nos conteúdos e habilidades cognitivas, mas deve, também, residir na construção de novos saberes e no desenvolvimento socioemocional.¹⁴⁻¹⁶ A formação médica se modifica, se adapta e busca seguir as normativas das DCN, pois reconhece a necessidade de formar profissionais que sejam bons comunicadores, pensadores críticos, academicamente diversificados, tomadores de decisões éticas, digitalmente fluentes e cidadãos preocupados com o bem-estar social. Analisar como os discentes estão vivenciando as mudanças que se implantam no decorrer dos seus cursos, se torna premente.^{17,18}

Se por um lado, buscamos propiciar ao aluno condições para que estes desenvolvam competências socioemocionais, por outro, é preciso ouvi-lo, perceber seus sentimentos, entender como está o seu bem-estar, sua resiliência, sua

consciência global, além da sua cognição. Portanto, analisar como os discentes estão vivenciando este momento sócio educacional, onde as mudanças ocorrem ainda no decorrer dos seus cursos, se torna premente. ^{19,20}

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as percepções dos discentes sobre o alinhamento do currículo descrito no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de medicina e as DCN e sobre a capacidade destes currículos prepará-los para a vida profissional. A abordagem foi feita através de grupos focais em duas instituições de ensino superior (IES) do Estado de São Paulo.

METODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa²¹⁻²³, na qual realizamos grupos focais com discentes do terceiro ano de medicina e outro com discentes do sexto ano de medicina de duas escolas medicas, instituição de ensino superior 1 (IES1) e 2 (IES2). Os grupos focais (GF), em ambas as instituições, foram conduzidos por profissionais treinadas, sendo uma coordenadora dos grupos focais, uma secretária e uma transcritora dos áudios gravados.

Nossa amostra foi composta de instituições de ensino superior com curso de medicina criados antes de 1970, que deveriam ter realizado qualquer modificação curricular orientadas pelas DCN, de 2001 ou pelas DCN de 2014, e que tivessem diferentes estruturas curriculares. Quatro instituições de ensino superior com cursos de medicina atendiam a especificação, de terem cursos de medicina próximos de 50 anos, mas apenas duas aceitaram participar da pesquisa.

Os grupos focais têm o objetivo de apreender percepções e sentimentos frente a um tema determinado num ambiente de interação. ^{24,25} É uma técnica introduzida no final da década de 1940, em programas de marketing e comunicação e passou a ser bastante utilizada na área de saúde a partir da segunda metade da década de 1980. ²⁶ É um tipo de abordagem que prioriza a necessidade de considerar a visão de diferentes sujeitos e contextos sociais sobre os quais incidem o fenômeno a ser estudado. ^{21,27} Segundo Gaskell ²² os “grupos focais devem propiciar um debate aberto e acessível em torno de um tema de interesse comum aos participantes”, fundamentado numa discussão racional, com critérios determinados pelo pesquisador, orientada pelos objetivos da investigação, em um ambiente favorável à

discussão, de forma que os participantes manifestem suas percepções e pontos de vista de forma livre.

Assim, a pesquisa qualitativa considera a realidade como importante fonte de dados pela riqueza de situações, circunstâncias e pessoas e a análise de conteúdo, neste contexto, foi utilizada para aprofundar a análise das percepções que emergiram dos grupos focais.

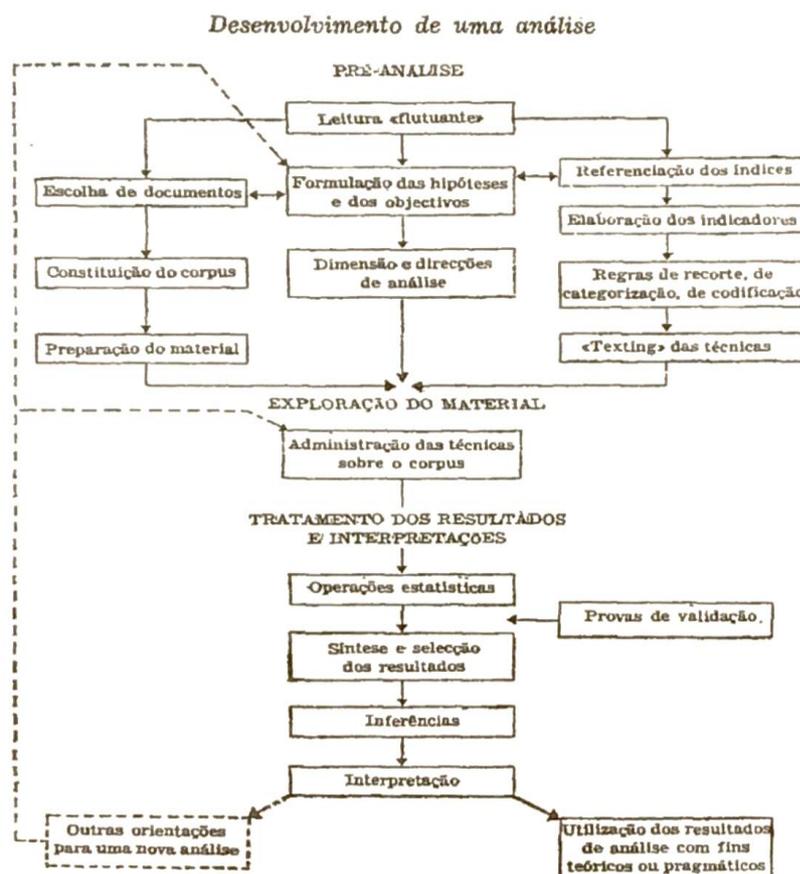
A análise de conteúdo é um método muito empírico, dependente do tipo de “fala” à que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende objetiva. Segundo Moscovic ²³:

“Tudo que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

Análise de conteúdo, pode ter seus dados interpretados por diferentes técnicas. ^{28,29} A escolha da técnica deve estar conectada ao tipo de pergunta elaborada e ao tipo de conhecimento que desejamos obter. Como objetivamos fazer uma análise de “significados”, optamos por utilizar a análise temática que visa uma fragmentação, do material coletado, de forma a delimitar unidades de codificação e assim definir as categorias (espécies de gavetas com os elementos de significação da mensagem) ^{28,29}. É nesta fase que classificamos os diferentes elementos que torna possível um sentido capaz de introduzir ordem no universo das falas.

Obviamente a escolha da técnica deve estar conectada ao tipo de pergunta elaborada e ao tipo de conhecimento que desejamos obter a partir desta análise.

A análise de conteúdo envolve três diferentes fases organizadas em três momentos cronológicos, conforme figura 1: a) a pré-análise; b) a exploração do material e c) o tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação. Para o bom desenvolvimento das três fases de tratamento dos dados e sua análise é necessário um trabalho cuidadoso, por pessoas com habilidades em lidar com situações peculiares no estudo do fenômeno humano e, por isso, este trabalho foi desenvolvido conjuntamente com especialistas em análise de conteúdo.

Figura 1 - Fonte: Bardin, 1979²⁸

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da IES1 sob o número CA AE 62459816.5.3001.5412 e pelo CEP da IES2 sob o número CA AE 62459816.5.0000.5373, após aprovação nas respectivas coordenações de graduação.

RESULTADOS

Após as transcrições das falas dos discentes dos quatro grupos focais, foram definidas seis categorias principais, mas neste artigo, discutiremos: 1) métodos de ensino aprendizagem - percepção acerca da estratégia metodológica utilizada,

problemas na operacionalização, aspectos positivos da metodologia e estratégias para superar seus limites; 2) tutores/professores; 3) avaliação do estudante e 4) propostas de melhorias para o curso. Os dados de perfil dos participantes nos grupos focais estão na tabela 1.

1. Método de ensino-aprendizagem

1.1 Percepção acerca da estratégia metodológica utilizada

Os estudantes do 3º e 6º ano da IES1 referiram que havia uma tendência dos professores a estimular estudo prévio à aula para estimular mais interação e discussões sobre o assunto sendo estudado. Utilizavam-se leitura prévia seguida de discussão na aula e discussão de caso clínico real e hipotético com mapa conceitual. Algumas disciplinas do primeiro ano do curso utilizavam, por exemplo, TBL (*team-based learning*). Por outro lado, tinha disciplina densa (com muito conteúdo) que utilizava a metodologia tradicional.

Notam um esforço da instituição e dos docentes na introdução de metodologias ativas, como aulas mais dialógicas, que provocam reflexão. Os participantes consideram haver centralidade do processo de ensino-aprendizagem na figura do professor para os ciclos básicos, mas que o curso passa a ser mais prático e centrado nos estudantes quando se aproxima do internato. Embora algumas disciplinas utilizem metodologia ativa, não reconheciam uma uniformização quanto às estratégias usadas e a implantação era dependente do professor.

[7]: Acho que do primeiro ano para cá, a tendência das aulas é tentar estimular o aluno a fazer um estudo prévio para ter maior interação durante a aula e não ficar tão centrada assim no professor. Acho que estamos passando por um processo de transição para focar mais no aluno. (GF 03 – IES1)

[6]: No internato é o aluno. É centrado no professor até o 4º ano. Até o 4º as aulas são expositivas, o contato com o paciente é pequeno. No 5º e no 6º a gente trabalha no hospital, como se fosse funcionário mesmo. (GF04 – IES1)

Já na IES 2 é notável a diferença nas percepções dos alunos do 3º e 6º ano. Apesar de os dois grupos concordarem que a metodologia adotada pela IES seja centrada no aluno, os alunos do sexto ano acreditam que os professores, de fato, estimulam os alunos a raciocinarem, a questionarem os casos clínicos (problemas “de papel”). Eles destacaram a parte do currículo do curso que ocorre desde o primeiro ano da graduação, com discussão de casos clínicos conduzida por um tutor. Estas sessões tutoriais promovem a comunicação e interação. Todos referiram gostar desta metodologia, usada na faculdade, porque não era um ensino “passivo” e contribuía para o desenvolvimento do raciocínio crítico.

[3]: *Sempre tem o estímulo do professor para fazer a gente raciocinar, para a gente pensar, a gente foi educada assim, para sempre fazer questionamentos. Nunca aceitar de pronto o que o professor fala. ...Isso eu estou falando de uma forma geral, claro que tem a particularidade de professor para professor, mas eu acho que de uma forma geral é mais centrado no aluno mesmo, estimula a gente a pensar e raciocinar em cima de cada caso. (GF 01 – IES2)*

Entre os alunos do 3º ano, houve divergência e alguns ressaltaram que, apesar de ser primordialmente centrada no aluno, é uma metodologia que, às vezes, parece ser centrada nas habilidades do professor (tutor), em suas qualidades/capacidades para desenvolver conteúdos e ensinar. Destacaram que nas tutorias, o aluno é o centro do processo ensino-aprendizagem; no entanto, no ensino de habilidades e nas consultorias, na maioria das vezes é centrado no professor.

[4]: *Eu acho que ele é centrado no professor. Tem diferença entre uma turma que aprende e uma turma que não aprende, em questão da capacidade do professor de ensinar. Acho que por mais que você tenha habilidade de perguntar, de estudar em casa, de fazer pergunta e tal, eu acho que quem toca a banda é o professor com certeza. (GF 02 – IES2)*

[1]: *Eu ainda acho que habilidades é mais focado no aluno. Em consultoria eu não tenho dúvidas que o foco é o professor porque ele fala, fala, fala e a gente só ouve, mas eu acho que tutoria e habilidades o aluno também puxa muito. (GF 02 – IES2)*

1.2 Problemas na operacionalização da metodologia

Na fala dos discentes da IES 1, as modificações estavam sendo implantadas, pela instituição, para se adequar às DCN. Entretanto, vários problemas foram mencionados, incluindo falta de organização e planejamento da instituição para o uso de metodologia ativa, falta de flexibilidade na estrutura curricular e professores que não compreendiam as metodologias ativas, mostrando resistência em usá-las, além de falta de preparo dos docentes e excessiva carga horária curricular.

[3]: Eu acho que é mais ou menos isso, acho que nossa faculdade sempre foi no método tradicional em que a aula é focada no professor. Hoje com todas essas mudanças da metodologia, eles querem implementar metodologia ativa aqui que é uma coisa mais focada no aluno, mas eles não souberam ainda como fazer isso. É preciso tempo, tem professor que ainda não entendeu direito como que é a dinâmica.
(GF03 – IES1)

[1]: Eu acho que ainda tem resistência de alguns professores com relação à metodologia ativa. **(GF03 – IES1)**

A adequação às DCN foi considerada algo paradoxal porque estas determinam que os alunos precisam ter “janelas” na grade curricular para poderem ter tempo para as leituras prévias e para o estudo. Porém, também precisavam realizar atividades complementares para complementar a carga horária do curso e salientaram não haver tempo para fazerem estudo prévio à aula. A Instituição, ao querer implementar atividades mais práticas, acabava sobrecarregando os alunos incluindo aulas no período noturno. A demanda por tantas aulas causa “exaustão física” e problemas de “saúde mental” nos alunos.

[1]: Em algumas matérias eles não sabem muito bem como fazer isso. Em outras, eles querem que a gente faça um estudo prévio. Só que aqui na nossa faculdade, a grade de horário é muito pesada. Então não conseguimos fazer esse estudo prévio, estudo pós-aula. **(GF03 – IES1)**

[11]: Porque os professores estão tentando implementar uma metodologia ativa que requer tempo de estudo. Só que a gente está num ano que tem que cumprir horas complementares para se formar, isso é, atividades extra grade curricular que não tem a ver necessariamente com o curso de medicina. **(GF03 – IES1)**

[7]: Sem contar com a exaustão física mesmo, você acorda às sete da manhã, vai dormir mais de meia-noite porque você teve aula, sem contar que você teve aula o dia inteiro. (GF03 – IES1)

Reconheceram que alguns professores não aproveitavam as aulas, mas seguravam os alunos, pelas quatro horas de duração, para não terminar antes do horário, o que contribui para sentirem falta de tempo livre. Também referiram professores que, quando percebiam que estavam terminando o conteúdo a ser ministrado antecipadamente, davam intervalos longos. Isto porque, durante esse intervalo longo, não conseguiam aproveitar para estudar, pois não sabiam quando o professor iria retornar e continuar a aula e não podiam ir embora porque a lista de presença só era passada no final. Consideraram esse tipo de postura um desrespeito. Ainda, pelo fato de as aulas terem duração de quatro horas, se distraíam, o que era considerado um desrespeito pelo professor.

[4]: Tem professor que parece que é de propósito, parece que eles ficam enrolando a aula para dar as quatro horas e aí tem alguns poucos que falam tipo “meu, a gente percebe que vocês não aguentam, então a gente dá o essencial e depois vocês complementam com o estudo” que é o melhor. (GF03 – IES1)

[10]: Nessa enrolação, o professor ainda fica descontente porque a gente dispersa, não tem como, é muito tempo sentado prestando atenção, ele falando e a gente só escutando é uma coisa muito passiva, vai dispersar, vai conversar, vai olhar no celular, vai fazer qualquer outra coisa, até estudar para uma outra prova que a gente vai ter. É um certo desrespeito, mas quem aguenta. (GF03 – IES1)

Com a mudança para seguir o que determina as DCN, os alunos se sentiram prejudicados, por exemplo, em anatomia, que antes era ministrada em dois anos. Devido à transição, houve redução de carga horária para apenas um ano e passou a ser ministrada no período noturno, o que criou vários problemas. Ainda, o professor de anatomia teve um problema de saúde e a Instituição não disponibilizou substituto; conseqüentemente ficaram dois meses sem aula.

[11]: Acho uma questão de adequar às DCN com qualidade, porque a gente teria que ter dois anos de anatomia e não teve o segundo ano. Até que ponto é válido você se adequar as DCN e prejudicar o

aprendizado do aluno, não só em termos de saúde mental, mas também em termos de conteúdo. Várias áreas tiveram carga horária reduzida. Como estão fazendo essa redução? Acho que é algo a se pensar. (GF03 – IES1)

[6]: Eu acho que eles estão se preocupando tanto em se adequar que eles estão esquecendo de outros problemas que são básicos, tipo, arrumar nosso curso, se o número de professores está adequado. Eles estão meio cegos, só pensando na Diretriz. (GF03 – IES1)

Na percepção dos alunos, a Instituição não planejou corretamente o número de alunos ingressantes na faculdade. Eram 60 alunos ingressantes, passou para 70, depois para 80 e, de repente para 120 alunos. A turma participante do estudo, que estava passando por essa primeira experiência de 120 alunos na turma, considerou o aumento inadequado. Para a aula de Propedêutica realizada a beira do leito, o aprendizado não foi considerado adequado porque diminui a interação aluno-professor e o docente perde o controle do que ocorre. O professor tinha que dar aula duas vezes, ou seja, durante oito horas ministravam o mesmo conteúdo. Na percepção dos alunos, essa situação é "cansativa".

[9]: Nós somos divididos em duas turmas de 60, só que quando a gente entrou no 1º ano, a turma que estava no 6º ano tinha 60, então essas turmas que não vivenciaram o que nós estamos vivenciando hoje. Eram grupos de 30. O grupo de Propedêutica tem 30 pessoas para um professor. Eles tinham um professor para 15 alunos. (GF03 – IES1)

[7]: Ter muitos alunos prejudica um pouco o ensino, o aprendizado mesmo, porque fica muito descentralizado, não tem interação aluno-professor com grupo grande, não tem nem como ter um controle do que está acontecendo dentro de sala de aula. (GF03 – IES1)

Mencionou-se que aumentou o número de alunos, porém isso não aconteceu com o número de professores. Outro problema enfrentado devido ao aumento do número de alunos foi em relação a infraestrutura da Instituição. Os estudantes estavam enfrentando dificuldades no que se referia a espaço físico no refeitório, espaços de convivência, espaço físico para o laboratório, geladeiras no laboratório para conservar as peças, falta de banheiros etc.

[10]: São mais alunos e precisa de mais professores. Mas não sei até onde que a faculdade consegue abrir mais vagas, porque todos os professores são concursados, mas para você conseguir colocar um professor de propedêutica, por exemplo, e diminuir esses grupos, teria que abrir concurso. A gente vê uma certa dificuldade, uma burocracia com a prefeitura e tudo mais. (GF03 – IES1)

[2]: Fora espaço físico também. As turmas estão aumentando, então precisa aumentar tudo, refeitório, espaço de convivência, laboratório. Tem a unidade dois que é subutilizada, mas enfim, ... (GF03 – IES1)

Sobre os métodos mais centrados no estudante, os alunos gostaram do TBL, com ressalvas, porque havia muito material para leitura e não tinham o tempo necessário para fazer o estudo adequado. Os alunos fizeram uma crítica quanto ao uso do “mapa conceitual”. Destacaram que o conceito do mapa conceitual é "ao olhar, você reconhecer o raciocínio que fez no mapa e lembrar a matéria". Mas os estudantes referiram que fazer o mapa conceitual em grupo foi difícil porque cada pessoa tem uma forma de pensar, de estudar e que as associações que fazem sentido para uma pessoa, não fazem para a outra. Também alguns alunos têm dificuldade para transferir esse conhecimento para o papel. Como essa estratégia é para ser algo individual e foi feita em grupo, os alunos acreditavam que isso tinha acontecido com o intuito de facilitar o trabalho do professor que não queria corrigir 120 mapas. Além disso, ele solicitou que os próprios estudantes corrigissem os mapas uns dos outros, criando um mal-estar entre os alunos que criticaram essa proposta, visto que não se sentiam preparados para corrigir um material que eles mesmos não dominavam.

[7]: Sem contar que é bem complicado você aplicar uma metodologia tão específica de estudo para todo mundo, porque cada um tem sua forma de aprendizado e fazer o mapa conceitual é muito específico. Para mim é uma forma que funciona, eu estudo desse jeito, mas tem muita gente que não consegue. (GF03 – IES1)

[10]: Eu acho lindo mapa conceitual, só que eu falo “nossa parabéns você consegue pôr no papel uma coisa que tá na sua cabeça”. Na minha cabeça eu sei fazer, mas eu não consigo passar para o papel sabe.

Nas impressões gerais sobre o currículo ficou claro que, a partir do estágio, o curso se adequa melhor aos novos componentes curriculares. As discussões de casos clínicos dependem da disciplina em que o aluno estava estagiando e da postura do professor. Durante as primeiras semanas do internato, o aluno aprendia bastante com as discussões de casos. Entretanto, com o decorrer do tempo, o cansaço era muito grande e a aquisição de conhecimento caía sensivelmente. Além disso, a grande demanda de atendimentos reduzia a discussão de casos e tornando-a superficial. Consideraram que o internato “não era muito acadêmico” porque eles tinham que trabalhar muito e tinham pouco tempo para discussão, com exceção de uma ou outra especialidade onde havia discussão acadêmica mais aprofundada.

[4]: Acho muito dependente de professor e porquê de maneira geral a gente não é um internato muito acadêmico. É um internato em que se trabalha muito, no 5º ano a gente tem que chegar 4 horas da manhã para começar a trabalhar. Na primeira semana é ótimo, você consegue aprender com a discussão de caso que eles fazem, mas depois da segunda semana você já está morto. Tem muitos pacientes também, nem todos ambulatorios fazem as discussões, nem todas as visitas do 5º ano tem aquela discussão ótima, maravilhosa, porque também depende do número de pacientes que tem lá. Isso se repete também no 6º ano no período de clínica, eu não sei se todo mundo concorda, mas se tiver 20 pacientes lá a discussão é uma, se tiver 50, 60, a casa caiu, a discussão é outra. Então de maneira geral eu acho que não é muito acadêmico, a gente trabalha demais. Acho que o único que é acadêmico aqui é a Obstetrícia, a gente sempre passa nas enfermarias e tem as discussões. (GF04 – IES1)

[6]: Eu acho que a gente tem pontos muito positivos do internato. A gente se sente amparado, mas tem parte que não são boas. O volume de pacientes é muito grande, só que se você comparar com outras faculdades, posso dizer que me sinto mais segura vendo 30 pacientes, do que vendo 10 pacientes do começo ao fim e discutir coisas que é rodapé de livro entendeu. Vejo pessoas de outras faculdades falando “nossa, vocês sofrem muito, mas vocês veem muito mais coisas que a gente”. (GF04 – IES1)

Os estudantes do 6º ano lembraram que, no 3º e 4º anos, havia um volume grande de conteúdo para estudar. As disciplinas básicas “se arrastam” durante um longo período, de acordo com os alunos. Enquanto algumas disciplinas pareciam muito longas, outras eram muito curtas. Consideraram que deveria ser feita uma melhor distribuição da carga horária.

[5]: E a gente tem um problema aqui de organização né, a gente tem um volume absurdamente grande no 4º ano de matéria, um volume grande no 3º, então assim, as cadeiras básicas se arrastam, por exemplo, parasitologia se arrasta por um ano inteiro e a cardiologia é dada em 4 meses. A microbiologia se arrasta um ano inteiro e tem cirurgia de cabeça e pescoço em 2 meses. É horrível. Porque a gente não consegue estudar, não tem tempo de estudar. (GF04 – IES1)

[7]: Eu também concordo. Entendo fundamental as carreiras básicas, isso se houvesse uma redistribuição um pouco mais igualitária dessas matérias, porque realmente é muito discrepante. Não que a gente vá fazer uma especialidade ou outra, mas pelo menos algumas matérias da clínica, a gente podia ter um pouco mais. (GF04 – IES1)

Relataram que atendiam muitos pacientes que tinham problemas graves de saúde, internados no hospital, mas muitas vezes não sabiam atender o paciente que estava com um problema simples como uma gripe, na atenção básica.

[4]: Pensando só uma coisa aqui, dentro das Diretrizes especificamente nesse caso de formar médicos generalistas, eu acho que a gente é uma faculdade muito mais “hospitalocêntrica”. A gente resolve muito mais casos de pacientes graves e descompensados, pelo menos no nosso internato. Médico generalista é aquele do posto, que conhece mais hipertensão, diabetes. Eu não vejo ter muito disso, a gente tem muito infarto, muito abdômen agudo, eu não vejo a gente tendo muita atenção primária. (GF04 – IES1)

[6]: Nas outras faculdades desde o 1º ano eles já atendem em posto, eu vejo amigas minhas que começaram junto comigo ou um pouco depois e desde o 1º ano já iam no postinho e já tinham contato com pacientes. A gente tem pouco contato, porque a gente foi algumas vezes, acho que

no 2º ano para a UBS, depois só no 5º ano e voltou agora entendeu. Acho que a gente tem um hiato muito grande, o 4º ano nosso é completamente teórico. (GF04 – IES1)

Os alunos da IES 1 relataram que ficaram dois meses na UBS com um preceptor que não era médico, quando realizaram várias atividades, mas não puderam ter conduta médica. No entanto, um estudante salientou ser importante ter preceptores nas UBS de outras áreas que não a médica porque passou a ter um olhar diferente para essas especialidades.

[6]: Por causa do preceptor não ser médico, você não consegue prescrever algo para ajudar o paciente, vai chover no molhado, não vai fazer nada. (GF04 – IES1)

[2]: No 5º ano a gente ficou 2 meses e meio no posto e fazia visita familiar só com fisioterapeuta, a gente ia lá para medir a bengala e não tinha nenhuma conduta médica, a gente já estava no 5º ano. (GF04 – IES1)

Também relataram que, quando os estudantes iam para as UBS, não tinham contato com os médicos, já que estes não aceitavam ser acompanhados durante as consultas. Quando reclamavam, obtinham como resposta que “o médico da UBS é obrigado a ensinar”, que os médicos não “são pagos para isso.

[2]: Acho que falta um pouco de organização também, porque a faculdade tinha que ir nas unidades e conversar com o médico, para que aceitassem os estudantes. A faculdade manda a gente ir nas unidades para acompanhar a consulta médica, aí você chega lá e o médico fala que não quer, acho que falta um pouco de organização. (GF04 – IES1)

[2]: Você vai ficar lá, daí ele vai ignorar sua presença, você não vai aprender nada, não adianta nada, então se o profissional que está ali não está disposto a te receber, não faz sentido. (GF04 – IES1)

Nos dois grupos focais da IES2, mencionou-se que nos primeiros anos do curso de graduação os alunos se sentiam “*muito perdidos*” porque não possuíam maturidade para estudar e não havia cobrança por parte dos professores e da IES.

Eles não sabiam qual assunto exigia mais foco, mais atenção, não sabiam onde procurar a informação e precisavam de alguém para orientá-los sobre o que deveria ser estudado, de que forma estudar e como seria cobrado o conhecimento que adquiriram. No grupo focal formado por alunos do sexto ano, ficou claro que é o amadurecimento pessoal que os leva a estabelecer uma rotina de estudo. Lembraram que o aluno aprovado no vestibular fez um ou dois anos de cursinho pré-vestibular e, nestes cursos, há continuamente uma orientação sobre o que, e de que forma devem estudar. Quando entram na faculdade e se defrontam com a metodologia ativa, não sabem como estudar. Outra percepção evidenciada fortemente por esses alunos é a insegurança sobre quanto conteúdo teórico deveriam ou não saber relacionada à metodologia PBL,

[2]: *Fora que a maioria dos alunos que entram em medicina fizeram um ou dois anos de cursinho antes de entrar, eu fiz três no caso, mas bem focado em tarefa mínima complementar, você está totalmente direcionada. (GF 01 – IES2)*

[4]: *Mas eu lembro que no começo, nos primeiros seis meses era pouca aula para a matéria toda. Daí eu ficava “meu Deus, o que eu tenho que estudar”. Eu não sabia nada, eu não sei, fisiologia o livro é deste tamanho, o quê que eu vou fazer? (GF 02 – IES2)*

Os alunos do 6º ano sentiram falta de alguns conteúdos de matérias cursadas no início do curso, como anatomia, histologia e fisiopatologia para apoiar o raciocínio clínico e, facilitar a proposta de um tratamento. Assim, sentiam dificuldade de discutir um caso clínico com os preceptores. Consideraram que essa estratégia metodológica PBL deveria ser usada a partir do terceiro ano da graduação.

[3]: *a gente não tem nem a bagagem suficiente para isso no 1º ano, nem a maturidade para buscar, para aprofundar até onde a gente poderia e deveria ir. Então eu acho que a partir do 3º ano seria ideal. Eu sinto muita falta hoje no 6º ano das matérias básicas. Sinto muita falta, porque a gente tinha sustentações aplicadas, mas eu achava que era um conteúdo muito superficial, então eu sinto muita falta de anatomia, sinto muita falta de fisiologia, de histologia, coisas que hoje não fazem tanto parte da nossa vida prática, porque nossa vida é levantar hipóteses diagnósticas, pensar num raciocínio para tratamento, enfim, protocolos. Coisas que a gente usa mais no dia a dia, mas, às vezes, para você*

levantar estas hipóteses precisa dessa bagagem. Por falta, talvez de maturidade para estudar o tempo que eu deveria, mas também por uma falta de estímulo. (GF 01 – IES2)

[1]: E não é nem estímulo, mas uma falta de orientação mesmo, uma falta de conteúdo. (GF 01 – IES2)

Um outro ponto mencionado pelos discentes dos dois grupos focais da IES 2 foi que também deveria haver mais provas e mais cobrança dos alunos quanto ao conteúdo aprendido.

[4]: Mas eu acho que enquanto você está na faculdade de medicina, você tem que saber a matéria. Eu não sabia no 1º ano e não sei agora no meu 6º ano. Então é falha minha que devia ter ido atrás? Realmente, eu me responsabilizo por isso, mas, talvez por uma falta de cobrança a gente vai deixando e o tempo passa muito rápido. (GF 01 – IES2).

[8]: Eu acho que fica muito bonito assim, você fala: “ah, é metodologia voltada ao aluno, então, tipo, ele estuda e a gente faz uma avaliação só pra ver e tal”, só que na prática, cara, se não tiver cobrança não funciona sabe, você tá lidando com jovens, pessoas que acabaram de sair de casa e estão com uma liberdade que eles nunca tiveram, então, eles querem conhecer o mundo e tudo mais. É natural que alguns vão para um lado e outros para o outro, se você cobrar, você consegue tirar um pouco daqueles que estão indo para o outro caminho entendeu, e aí você nivela mais. (GF 02 – IES2)

Os participantes do 3º ano da IES2 identificam que o desempenho dos alunos depende de o fato do professor/tutor. Para eles, o professor ruim é aquele que não se prepara para a abertura da discussão dos casos, que não tem conhecimento prévio do que será discutido, que não é médico, que não é líder, não sabe instigar os alunos a adquirir conhecimento. Entendem que os professores devem motivar os alunos a estudar e devem cobrar o que foi estudado.

[8]: São poucos os tutores que estudam antes e eu acho que varia muito. Assim o desempenho dos alunos varia de acordo com o tutor, eu acho que a gente tem um buraco muito grande entre quem pega só professor bom e quem pega, ou quem pegou, só professor ruim, tipo varia, é bizarro assim, não deveria ser, não seria a intenção. Mas quem pega mais professores bons é instigado mais na abertura, porque às vezes o

cara já tem um conhecimento. É um médico e já vai ter um conhecimento prévio. Então assim como, todos não, a maioria não se prepara para a abertura, o cara que é professor e é médico ele já vai saber um pouquinho daquilo entendeu, é diferente de um cara que não é. Quem é de outra área, pega um caso de medicina, vai tá perdido e não vai saber conduzir a tutoria e aí eu acho que é uma questão de postura também do professor ser um líder sabe, de instigar, de trabalhar sabe, eu acho que isso é fundamental, assim da questão da figura do professor como um cara que vai motivar os alunos a estudar. (GF02 – IES2)

1.3 Aspectos positivos da metodologia

Os alunos do 3º ano da IES1 não elogiaram diretamente a metodologia ativa, mas demonstraram avaliação positiva do TBL ao comentarem que foi "bem legal", "aprendi bastante", "aprendi bem mais do que eu esperava". O mesmo se aplicou às disciplinas nas quais eles são mais ativos. Para o grupo do 6º ano, com turma de 70 alunos, consideraram que poderiam ter sido divididos em grupos menores. Durante o internato, os estudantes se sentiam "preceptorados", "a gente se sente amparado". Apesar da exaustão devido à grande demanda de trabalho, os estudantes do 6º ano da IES1 consideraram muito bom atender muitos pacientes porque acabavam "vendo a mesma coisa várias vezes", ainda que isso comprometesse a discussão mais detalhada dos casos, porque a experiência de atendimento proporciona mais conhecimento necessário para o exercício profissional.

Os alunos dos dois grupos focais da IES2 reconheceram aspectos positivos no processo de ensino-aprendizagem. Considerou-se muito positiva a discussão de casos clínicos desde o 1º ano da graduação. Os alunos que estavam terminando a graduação disseram que conseguiam discutir os casos com os professores de forma "bem madura". Também consideraram que essa habilidade desenvolvida era superior à dos alunos de outras faculdades que não seguiam o PBL. Outro ponto positivo apontado refere-se ao retorno dos assuntos, que aparecem em outros problemas. Isto possibilita revisar e aprofundar os conteúdos ao longo do curso, nas tutorias. O aluno aprende a aprender, buscando conhecimento.

[3]: *Eu gosto muito porque daí não é um ensino muito passivo, assim, sabe, você não recebe a informação e anota no seu caderno, você é estimulado a pensar, a raciocinar, isso desenvolve um pensamento crítico ao longo dos anos, na minha opinião pelo menos. (GF 01 da IES2)*

[4]: *Não sei muito bem se é do método ou se é do perfil do aluno que já aprendeu que ele tem que estudar sozinho entendeu, tipo, o aluno do tradicional se não tiver uma aula lá explicando pra ele, ele fica meio perdido, agora a gente, querendo ou não, está acostumada a pegar três livros diferentes e ver, tentar fazer, entender a matéria sozinho. (GF 01 da IES2)*

Houve divergência sobre a metodologia propiciar tempo livre para estudar. Os discentes do 6º ano consideraram que a metodologia disponibiliza mais tempo para estudarem, o que não foi a percepção dos alunos do 3º ano, que disseram haver pouco tempo nas tutorias para estudarem o caso.

[8]: *É tipo, segunda-feira a gente está abrindo, vai ter um problema e na quarta-feira a gente tem que trazer a resposta para tudo e a gente tem que fazer isso em dois dias apenas, sendo que tem outras matérias para estudar. (GF 02 da IES2)*

As habilidades e capacidades adquiridas para a prática profissional, como maturidade, preparo para discussão de casos clínicos, comunicação, experiência na abordagem com os pacientes durante atendimento, humanização na relação médico-paciente (estimulada desde o início do curso), experiência e segurança para realização de exames físicos foram destacadas. Os estudantes do 6º ano relataram com mais recorrência os benefícios da metodologia do que os alunos do 3º ano.

[1]: *Eu defendo muito a metodologia ativa, eu acho que faz a gente desenvolver habilidades que às vezes não consideramos importantes, que são mais que o conteúdo em si, mas que são muito importantes, habilidades de comunicação, habilidade de atendimento, relação médico-paciente, a gente tem contato com pacientes desde o começo, então quando você chega pra atender no ambulatório você tem já uma bagagem, uma experiência de como você aborda, de como você tira*

uma história, a metodologia ativa é excelente pra gente fazer exame físico. (GF 01 da IES2)

[2]: Eu gosto muito da metodologia ativa, porque eu tenho uma certa dificuldade para prestar atenção em aula, eu acho que muitas pessoas têm isso também e eu acho que quando você pratica, quando faz, você acaba gravando melhor. A gente além de ter toda essa parte teórica, a gente trabalha muito a habilidade de conversar com o paciente, de como abordar uma conduta, como que começa uma consulta, a relação médico-paciente, você não fica aquele robô travado falando para o paciente como se ele fosse uma coisa qualquer, tem mais essa coisa de humanização. Acho que isso aqui é muito importante. (GF 01 da IES2)

1.4 Estratégias criadas para superar os limites do aprendizado

Uma estratégia complementar relatada pelos estudantes da IES2 foi o cursinho preparatório para residência médica. As apostilas estão disponíveis na biblioteca, doadas pelos alunos que entrarem na residência. Os alunos do 6º ano o utilizam para complementar o conteúdo oferecido pela IES e os do 3º ano utilizam destes cursos por terem os assuntos condensados e, portanto, fácil e rápido para estudar, mas reconhecem que o conhecimento oferecido pode ser superficial. Houve uma crítica do 6º ano em relação aos alunos terem que pagar cursinho preparatório para residência médica, entendendo que a faculdade deve disponibilizar o conteúdo necessário.

[4]: Senti necessidade do cursinho porque eu achava que o que eu recebi na faculdade não era suficiente. Então eu tive necessidade de procurar o cursinho porque eu achei que não ia estar preparada com conteúdo o suficiente para as provas de residência. (GF 01 da IES2)

[2]: E no cursinho a gente viu muita coisa nova que a gente nunca viu na faculdade. (GF 01 da IES2)

[3]: Eu acho que todas as fontes são válidas, mas, por exemplo, se você pegar as apostilas do “Medcurso” direto, sem ter lido nada mais profundo, você só vai saber o superficial e geralmente se você estudou uma coisa mais superficial você vai perder mais do que se você

estivesse estudado numa fonte mais profunda, explicasse com mais embasamento. (GF 02 da IES2)

2. Tutores/professores

Os alunos da IES1 disseram que os professores resistem a escutá-los e que alguns docentes formados na própria faculdade tem o discurso de que a metodologia tradicional, que deu certo para eles, deveria dar certo para os alunos atuais. Salientam que a qualidade da discussão dos casos no internato depende da demanda no atendimento e do professor. Salientaram que o preceptor da UBS deveria ser um profissional atualizado, que gostasse de ensinar.

[3]: Assim, eles acham só porque somos aluno, não temos base para falar. Eu acho que li muito mais documentos sobre a avaliação da faculdade, sobre MEC e sobre DCN do que muito professor aqui. Eles acham que, só por você ser aluno, você é inferior a eles, você não deve falar. Você não entende do assunto. (GF03 da IES1)

[4]: E não só isso, tem muito professor que é formado aqui que fala “ah, mas pra mim deu certo, porque pra vocês não tá dando?”. Eles não aceitam quando a gente fala que não está dando certo. (GF 03 da IES1)

De acordo com os alunos nos dois grupos focais da IES2, a turma como um todo percebia a diferença na atuação dos tutores e o reflexo nos grupos de tutorias, quando se tratava do desenvolvimento do conteúdo. Era possível observar através dos vários grupos de tutoria que não existia uma aprendizagem homogênea. Os alunos que tiveram tutores que despertavam o interesse do grupo durante o desenvolvimento dos casos clínicos tinham uma aprendizagem maior quando comparados com os grupos em que o tutor não tinha essa atitude. É importante evidenciar que tais percepções foram mais acentuadas e discutidas pelos alunos do 3º ano. Os discentes ressaltaram pontos adequados e inadequados relacionados aos tutores/ professores e às tutorias:

Pontos adequados:

- ✓ Quando o aluno não compreendia o que estava sendo explicado ou não tinha estudado o suficiente, o tutor explicava o assunto;
- ✓ Tutor orientava a leitura que os alunos deveriam fazer;
- ✓ Tutor estimulava alunos a terem um raciocínio lógico.

Pontos inadequados:

- ✓ Tutor se posicionava de forma crítica em relação aos casos clínicos desenvolvidos;
- ✓ Discutiam-se casos clínicos de doenças raras ao invés de casos de doenças comuns na população, como por exemplo, pneumonia;
- ✓ Tutor não estudava/preparava o caso clínico antes das tutorias;
- ✓ Tutor era médico.

Os alunos destacaram que gostariam que todos os professores/tutores fossem médicos e que, portanto, os tutores não estão suficientemente preparados para focar os aspectos específicos para o estudante de medicina. Por exemplo, se o tutor for um psicólogo, “vai se concentrar na área mental da pessoa”. Entretanto, essa opinião não foi unânime. Alguns disseram que o problema não está em ser um professor/tutor médico ou não, mas no fato do professor não estar preparado e não ser comprometido com a tutoria.

[3]: *Sim, até porque o conhecimento deles está em outra área, então a gente discute, por exemplo, a fisiopatologia de uma doença, uma coisa específica, ele não vai saber. A gente pode falar uma coisa errada e eles assumirem que está certo porque eles não sabem se está certo ou errado, entendeu? (GF02 – IES2)*

[4]: *Na verdade eu acho que entra muito o bom senso do tutor, porque tem tutor que se prepara para a tutoria. Não é questão de ser médico ou não ser médico. Eu acho que depende muito, é um método que precisa do comprometimento do aluno, mas eu acho que depende muito mais do comprometimento do tutor, porque tem tutor que não faz absolutamente nada. (GF02 – IES2)*

Os participantes fizeram críticas e sugestões sobre as tutorias. Entre as sugestões, propôs-se que a tutoria tivesse um tempo mínimo, pois há tutorias que duram apenas 20 minutos e tutorias que duram o tempo correto, 2 horas. Sugerem que os tutores deveriam ser avaliados e que essa avaliação fosse utilizada para o desenvolvimento do tutor. Quando realizam avaliação dos docentes, relatam este problema com os tutores, mas isso não causa mudanças, parecendo que os tutores não são comunicados destas insatisfações. Os participantes falaram que os tutores fazem um curso de como conduzir a tutoria, mas que na opinião deles, isso não causa impacto. Entendem que o professor que gosta do que faz, faz bem feito. Aquele que não gosta, não tem motivação.

[5]: *Eu acho que até uma avaliação com os assuntos da tutoria poderia ser feita. Isto faria com que os tutores trabalhassem mais ou menos da mesma forma. (GF02 – IES2)*

[4]: *Eu acho que tinha que ter uma avaliação mais prática, algo que afetasse o tutor. Existe essa avaliação que escrevemos o que achamos daquele professor que é tutor, mas é no final, tipo na hora que o módulo já acabou, entendeu? (GF02 – IES2)*

3. AVALIAÇÃO

A avaliação, segundo os estudantes da IES1, é primordialmente cognitiva. Mencionaram que a maioria das avaliações usam testes. Metade dos alunos prefere fazer prova dissertativa, mas um aluno sugeriu que a avaliação deveria ser parte dissertativa e parte teste para não privilegiar ninguém.

Os estudantes do 6º ano da IES1 disseram que até o 4º ano faziam prova, mas que a partir do 5º ano, dependendo do ciclo, tinham um conceito e uma nota de prova escrita ou oral. Consideraram o “conceito” melhor porque dado por uma equipe de pessoas que tiveram contato com os internos. Também consideraram importante realizar provas porque obrigava o aluno a estudar ou revisar o conteúdo dado. Por outro lado, muitas disciplinas realizavam prova semanal, o que era ruim porque não tinham tempo para estudar devido à grande carga horária do internato.

[6]: *Sempre tem 60% de nota de conceito e 40% de prova. 40% é de prova escrita ou oral. (GF04 – IES1)*

[2]: O conceito é que dá certo no nosso internato. Porque não é um professor que avalia, é uma equipe. Teve um caso em que o chefe viu que, por exemplo, um aluno tinha nota muito baixa só de um professor e ele suspeitou que era alguma coisa pessoal. Funciona por conta disso. Às vezes residente pode dar nota também em algo simples como na GO. (GF04 – IES1)

Ainda, os estudantes disseram que os professores não dão este feedback. Os alunos podem solicitar a revisão das provas, mas ficam sujeitos a ameaças pelos professores, quando deixam claro que revisão pode reduzir a nota. Um dos alunos comentou que, ao solicitar para revisar a prova, tem a intenção de verificar o que errou. Outro entrevistado referiu que foi humilhado durante a revisão.

[8]: Só que, na verdade, você não quer só fazer uma correção da nota porque você está duvidando da sua nota, você só quer ver o que você errou. (GF 03 – IES1)

[10]: Eu tive uma experiência de pedir para ver a prova e fui humilhada pelo professor porque ele foi corrigindo a prova junto comigo e ele foi falando “como que você errou isso?” o que me deixou muito mal. Se eu fui mal é porque não aprendi. (GF03 – IES1)

Os alunos disseram que há dificuldades nos testes porque o professor cobra conhecimento de rodapé da leitura e não conteúdo essencial. Os alunos referiram que a estratégia da metodologia ativa TBL, foi boa, mas essa atitude do professor foi péssima. Essa cobrança dos detalhes provocou desestímulo. Outro detalhe destacado referiu-se às provas que eram aplicadas ao final da atividade para alunos “sorteados”, gerando muita ansiedade e um dos alunos classificou essa postura como “assédio moral”. Para eles se a nota era do grupo, então todos os estudantes deveriam ser avaliados e não somente os “sorteados”.

[1]: A decisão de fazer uma prova individual e depois discutir com seu grupo, fazer de novo, tudo bem. Só que cobrando esses detalhezinhos desmotivava. Outra coisa que ele fazia era provinhas práticas no finalzinho da aula, ele sorteava alguns alunos do grupo. (GF 03 – IES1)

[4]: Ele escolhia a dedo para essa arguição. Os sorteados eram os piores alunos. (GF 03 – IES1)

Para os estudantes do 3º ano da IES2, há pouca cobrança nem relação à avaliação do estudante na metodologia PBL, que se caracterizaria por:

- ✓ Serem muito fáceis, pouco eficientes e com muitos aspectos subjetivos;
- ✓ Baseadas, por vezes, em conceito (suficiente/ insuficiente);
- ✓ Carente de padronização de como deveria ser feita;
- ✓ Poucos realizada ao longo do curso.

Eles acreditam que uma maior cobrança está relacionada com a garantia de que eles irão aprender de fato os conteúdos do curso médico. No grupo do 6º ano, relatou-se que eles só criaram ritmo de estudo devido a maturidade e por estarem próximos ao concurso para a residência médica. Os participantes também tinham uma visão mais ampla das avaliações e suas repercussões na vida acadêmica, já que estavam finalizando o curso e pensando no mercado de trabalho.

[4]: *Acho que peca na forma de avaliação que é muito fácil. Sinceramente é muito fácil passar na faculdade aqui, levar a faculdade aqui, então eu acho que a gente precisava de alguém ali puxando, de alguém que fale: “se você não fizer isso vai gerar um problema”, você precisa de um estímulo para você estudar de forma minimamente necessária. Infelizmente a gente entra na faculdade com 19, 20 anos.*

(GF 01 – IES2)

[4]: *Acho que realmente falta um pouco mais de cobrança, principalmente nos primeiros anos que você não tem aquela disciplina. No geral já é difícil você ter disciplina, no primeiro ano então, que a gente acaba de entrar na faculdade, é mais difícil ainda ter essa disciplina, então acho que precisava ter mais cobrança em relação à avaliação principalmente. Se tivesse mais avaliação mudaria muito. É mais teoria, mais cobrança pelos próprios tutores, caso aumentasse o número de avaliação.* **(GF 01 – IES2)**

Diferentes tipos de avaliações foram referidos pelos alunos e relataram que não havia uma padronização mesmo entre os professores de um mesmo eixo. Referiu-se que em algumas UBS o professor fazia uma avaliação e em outras não. Houve o comentário de que alguns deles eram “mais rígidos do que outros”. Algumas provas eram em “estações” em que cada aluno ficava em um setor da UBS (por exemplo,

farmácia, sala da vacina etc.) e o professor ia passando e fazendo perguntas. Considerou-se, esse modelo de avaliação muito bom porque os alunos aprendiam especificidades de cada um dos setores. Um aluno mencionou que o que ele mais lembrava sobre as UBS eram as “coisas que cobravam..., querendo ou não, que exigiam mais da gente”. O mesmo foi dito em relação ao eixo de Habilidade. Consideraram-se as avaliações subjetivas que não utilizavam instrumentos pactuados com os alunos, e nem todos os professores estabeleciam os critérios para a avaliação. Os conceitos “suficiente” e “insuficiente” também eram considerados subjetivos.

[5]: *Eu acho que é muito subjetivo porque a gente tem conceito de suficiente e insuficiente, só que cada professor vai corrigir a sua questão. É muito subjetivo. (GF 02 – IES2)*

[4]: *Daí eu acho que depende do professor também, tem professor que deixa bem claro o que ele quer, tem professor que dá certo para um e dá errado para outro, você fala “o que tá acontecendo, é a mesma coisa ué”, mas aí não adianta discutir, o professor não estabeleceu um critério e varia de aluno para aluno. (GF 02 – IES2)*

Os alunos também mencionaram que a IES 2 tem feito algumas mudanças com o intuito de aperfeiçoar as avaliações, incluindo o salto triplo e avaliação cognitiva. Quando um aluno erra uma questão, mesmo tendo conseguido o conceito para ser aprovado, tem que fazer a recuperação dessa questão em que foi insuficiente, o que foi considerado positivo pelos discentes. Também se referiram ao inadequado aspecto compensatório da prova, diante de variados temas.

[4]: *É que agora mudou um pouco. No primeiro ano quando a gente tinha, por exemplo, fisiologia, anatomia e histologia, as matérias do ciclo básico, era uma prova só. Tinha sei lá, vamos supor dez questões, uma de cada matéria e aí você fazia a prova, se você tivesse acertado sete, você estava com conceito suficiente. Só que se você errou três questões, por exemplo, uma de anatomia, uma de histologia e uma de fisiologia, você conseguiu passar numa prova sem saber, anatomia, fisiologia e histologia, entendeu. (GF 01 – IES2)*

[2]: *Tinha uma prova a cada dois meses, falava de um módulo inteiro, daí era, sei lá, dez questões e agora mudaram, agora se você erra uma*

questão, você está de recuperação e faz só aquela questão. (GF 01 – IES2)

Os alunos fizeram uma crítica à avaliação que é feita por módulos, com uma avaliação para várias disciplinas ao final. Isso gera problemas como grande quantidade de material para estudar, com prova realizada somente em um dia. Ainda, se o aluno não passar na recuperação, perdeu o ano. Esses fatores fazem com que “todo mundo fique desesperado”.

[2]: Ah, eu não sei, mas acho que a gente tinha que ser mais avaliada, porque é muita sorte, é roleta russa, se caiu um tema que você sabe, você passou, não precisa estudar mais, acabou. (GF 02 – IES2)

[9]: Concordo porque assim, é uma única prova para abordar todos os assuntos e acaba que, por exemplo, uma matéria que teve dez aulas, vai lá e aborda um ou dois assuntos. E o resto? E ainda a gente tem que estudar tudo de uma vez, é uma decoreba sem fim, porque é muita coisa, é um volume muito grande de matérias e todo mundo fica desesperado, eu não acho eficiente. (GF 02 – IES2)

O feedback quanto aos erros na avaliação é incomum e dependente do professor.

[3]: Não tem feedback dos professores quanto aos erros ocorridos na avaliação. (GF 02 – IES2)

[4]: Depende do professor. (GF 02 – IES2)

Sugeriu-se realizar avaliação dos alunos nas tutorias enfocando a participação durante todo o desenvolvimento da discussão do “problema”.

[8]: Aqui a gente não é avaliada em tutoria. Não tem avaliação. (GF 02 – IES2)

[4]: É agora está tendo né, parece que agora vai ter. (GF 02 – IES2)

4. Propostas de melhorias

4.1 Sugestões para currículo

Os alunos da IES1 trouxeram sugestões para valorizar certas disciplinas e melhorar a relação UBS-faculdade. Achavam necessário que o professor fosse conversar pessoalmente com a UBS sobre o cronograma das atividades. Como os médicos da UBS não são contratados da faculdade e não demonstram disposição para ensinar, os residentes da faculdade deveriam auxiliar os alunos nas UBS.

[1]: Eu não sei como que é isso em outras faculdades, mas a saúde coletiva é muito importante é, tipo, a base. Desde o 1º ano a gente tem contato com saúde coletiva, no 2º ano com a UBS, mas apesar de ter tudo isso, parece de fato haver essa negligência com a saúde coletiva na faculdade. Se a faculdade trabalhasse em enaltecer essa matéria, dar importância e tivesse um currículo bem organizado para isso, eu penso que isso ia refletir nos alunos também sabe, aquela matéria muito bem organizada que as pessoas enaltecem, se dá mais valor à saúde coletiva e ao postinho.” (GF03 – IES1)

[8]: Então existe um problema de comunicação entre a faculdade, a UBS, os professores, os alunos, todo mundo. Como a gente vai solucionar esse problema? (GF03 – IES1)

Entendem que se um dos objetivos das DCN é formar médicos mais humanizados e empáticos e que deveria haver mais disciplinas que capacitasse os estudantes para desenvolverem essas habilidades desde o primeiro ano. Há uma preocupação dos estudantes em relação a necessidade de estudar e não dispor de tempo para isso, além da questão da saúde mental e saúde física, já que não têm tempo para seguir as orientações que dão aos seus pacientes.

Os alunos do 3º ano da IES1 enfatizaram que essa turma teria sofrido muito com as mudanças estabelecidas porque eram a primeira turma de 120 alunos. Salientaram que os órgãos competentes, que regulamentam as DCN, deveriam acompanhar as mudanças que ocorrem nas escolas dando suporte quando percebem que a Instituição está tendo dificuldades para implementar as DCN.

Os alunos entendem que deveriam estudar um determinado assunto previamente e trazer suas dúvidas para a aula. No entanto, uma crítica a esse modelo foi de que ficava muito difícil para eles fazerem um estudo prévio do que seria dado na aula devido à demanda de atividades que possuíam.

Foi feito uma crítica muito forte em relação às aulas longas nas quais o aluno não consegue assimilar o conteúdo dado. Como a duração das aulas são de

quatro horas durante um período do dia, poderia ser dividida em dois períodos de duas horas de aulas em dias diferentes da semana. O professor daria o conteúdo essencial em um período de aula menor, de cerca de duas horas. A aula deveria ser dada como se fosse um roteiro de estudo para os alunos estudarem depois.

Mas houve um contraponto de que as aulas são importantes e que o aluno se sente muito prejudicado quando não comparece. Aprendem com e na aula, porém há a necessidade de que o assunto seja revisto outras vezes. Reconhecem que é preciso tempo para estudar fora do período de aula e assimilar o conteúdo. Mencionou-se o perfil de um bom professor, que foca nos pontos importantes e no que os alunos precisavam saber, consegue dar a aula em duas horas, segue uma sequência que os alunos conseguem acompanhar e que prende a atenção.

Durante os primeiros anos da graduação em medicina, os professores/tutores deveriam “puxar” e “orientar mais”. O uso da metodologia ativa, PBL deveria ser iniciado a partir do 3º ano da graduação porque os alunos estão mais maduros e podem usufruir mais dos benefícios dessa metodologia. No começo do curso, os alunos referiram que se sentiam “muito perdidos” por não saberem o que estudar e onde procurar a informação. Uma série de sugestões para currículo foi apontada pelos participantes dos dois grupos focais da IES2:

- ✓ Postergar início da metodologia ativa;
- ✓ Mesclar método ativo e tradicional de ensino-aprendizagem;
- ✓ Fornecimento de um material de apoio;
- ✓ Professores deveriam exigir mais dos alunos;

[1]: *Porque é muito difícil você ter uma metodologia ativa na anatomia. Por mais que você seja ativo não tem jeito, você tem de sentar e decorar, olhar a peça e dissecar, encostar. Dissecar é ser ativa, a gente não tem dissecação aqui, nunca teve. (GF 01 – IES2)*

[1]: *A questão de mais um pouco de teoria e de mais avaliação, de mais cobrança. Principalmente porque a cobrança leva a um pouco mais de disciplina, infelizmente é nossa cultura. (GF 01 – IES2)*

[3]: *Os livros são muito detalhados, se dessem um compilado, umas*

[4]: *Cada módulo que a gente passa, acho que poderia ter talvez uma apostila que pudesse ajudar a gente com as coisas principais. Eu sei que a gente pode buscar, mas não tem porque a gente não ter também esse material. Tem muitas faculdades que dão material. (GF 01 – IES2)*

4.2 Sugestões para a instituição

Para a IES1 as sugestões foram as seguintes:

- ✓ Completar o quadro de professores;
- ✓ Rever espaço físico para laboratórios, refeitórios e convivência para o número atual de alunos.
- ✓ Faculdade deveria enaltecer e dar mais importância a disciplina de saúde coletiva para melhorar a relação com os postos de saúde, UBS.
- ✓ Melhorar a comunicação interna e externa, principalmente com os hospitais contratados e UBS.
- ✓ A Instituição deve oferecer capacitação aos professores em metodologia ativa.
- ✓ Os alunos deveriam acompanhar os médicos durante as consultas nas Unidades Básicas de Saúde.
- ✓ Que houvesse uma solicitação formal à Secretaria Municipal de Saúde para a inserção dos alunos da faculdade nas UBS, evidenciando interesse bilateral de interação ensino-serviço.

As principais sugestões de melhoria para a IES2 foram:

- ✓ Organização e operacionalização mais “rígida” da metodologia adotada pela instituição de ensino;
- ✓ Corrigir a falta de professores e oferecer cursos de capacitação para padronizar e homogeneizar os tutores.

[3]: *Eu acho que poderia ser um pouquinho mais rígido a organização da metodologia, porque a ideia é muito boa. Eu acho que se fosse aperfeiçoado, se fosse cobrado mais, tanto dos alunos quanto dos professores, se tivesse um pouquinho mais de padronização e um pouquinho mais de cobrança, eu acho que seria muito bom. Esse método acaba dando uma certa independência para o aluno, sabe, para ele na hora que ele for ser médico mesmo. Óbvio que não dá total segurança porque a gente é inexperiente, mas eu acho que dá um pouco mais de autonomia quando a gente se forma, só acho que precisa ser um pouquinho mais organizado. (GF 01 – IES2)*

[4]: *Na verdade, o problema da organização da coordenação é que o cargo é tipo assim “você é professor? Você não quer abrir a mão das poucas aulas que você ganha para ser coordenador?”. Não existe um cargo de coordenador na faculdade entendeu, é algo voluntariado do professor. Aí não dá para cobrar da pessoa que vai lá fazer o trabalho, que é um porre, porque querendo ou não na hora que os alunos forem reclamar, vai reclamar para o coordenador. A pessoa já não ganha nada e tem que ir atrás de resolver. Mas isso é questão da IES, de como os padres olham o curso, e querendo ou não, eles veem do modo capitalista. (GF 02 – IES2)*

DISCUSSÃO

Emergiram dos grupos focais, na forma de reflexão recorrente discente, que as mudanças educacionais são uma necessidade premente, face a complexidade das relações atuais, das relações do mercado de trabalho, da interprofissionalidade e dos avanços tecnológicos, tanto pessoais como para o diagnóstico de patologias. Os trabalhos de Lampert e os de Almeida refletem esta mesma necessidade.^{30,31}

No entanto, os discentes destacaram que a mudança, apenas, da estratégia de ensino aprendizagem pode não resultar na necessária mudança dos paradigmas para que efetivamente ocorra melhora nos processos de ensino-aprendizagem dos cursos médicos.

As mudanças devem ocorrer nas atitudes dos discentes, de maneira a estarem mais envolvidos em todo o processo de ensino-aprendizagem, mais ativos, mais participativos, mais cooperativos, críticos, autônomos, e principalmente mais reflexivos, buscando aprender por toda a vida, como é sugerido nos documentos federativos.^{7,32,33}

Não menos importante, os alunos das duas IES parecem estar, ainda, muito atrelados ao modelo de ensino tradicional, onde a responsabilidade pelo “direcionamento” sobre o que deve ser estudado é do professor, assim como da instituição. Entretanto, reconhecem que no modelo tradicional os alunos não participam de maneira ativa no processo metodológico de ensino e muito menos do

processo de avaliação. Destaca-se, entretanto, que ambas instituições de ensino têm feito mudanças ao longo dos anos, principalmente em relação a avaliação.

Da mesma forma destacaram que também são necessárias mudanças nas atitudes dos docentes que, por vezes, dificultam, atrasam e até inviabilizam as mudanças no curso. Os professores, por já estarem adaptados as práticas pedagógicas tradicionais, centradas em si próprios, parecem ter uma sensação de insegurança em utilizar as novas metodologias de ensino aprendizagem, como aquelas centradas no estudante. É possível notar um “mal-estar docente”.^{34,35}

No entanto, é necessário destacar que o professor, durante seu processo de formação, não recebe possibilidades de aperfeiçoamento, de forma a desenvolver as competências necessárias para atividades de ensino atuais e, por vezes, rejeita a interdisciplinaridade, não conseguindo, desta forma, trabalhar em um ambiente multiprofissional, prejudicando as relações dos assuntos e, conseqüentemente, o desenvolvimento eficaz do estudante.

A literatura salienta que nem todos os professores tem acesso, ou se interessam por cursos de capacitação e, portanto, não se sentem preparados para a carreira docente.^{34,36}

Na pesquisa transparece, de forma subjetiva, que a relação professor-aluno se explicita através da forma como o professor é motivado profissionalmente e nas formas de como ele se relaciona com os alunos, ou seja, os discentes deixam claro que os professores mais capacitados ou mais motivados em ensinar, aproximam os alunos e se tornam modelos para eles.

Os professores comprometidos com a educação não devem apenas esperar que as mudanças ocorram, mas devem fazer parte destas mudanças, participando de todo o processo, desta forma, pode criar uma visão empolgante da sua instituição. Nas palavras do professor Ronald Harden “é necessário que o professor faça o seu trabalho duro de desafiar o status quo e reflita sobre as questões mais profundas e veja o mundo de maneiras novas e interessantes.”³⁷

Por fim, destacaram também, que as instituições precisam, não apenas mudar seus currículos e reajustar seus projetos pedagógicos do curso para obedecer às

normativas das diretrizes curriculares nacionais. É preciso que as instituições reconheçam que os profissionais médicos, apesar de serem experts em determinado campo do conhecimento, nem sempre estão preparados, ou foram capacitados, para ensinar. Desta forma, é responsabilidade destas instituições contribuir para mudar esta situação, direcionando os professores por caminhos de capacitação e formação docente, para “colocar a educação dos novos profissionais médicos em uma direção altamente propícia.”³⁸ Nas palavras de Zabalza³⁹, “a imagem da docência que os estudantes transmitem acaba atuando a favor ou em detrimento da atração que as instituições exercem sobre os futuros alunos destas instituições”.³⁹

Assim, fica claro, que são necessárias mudanças, mas estas têm que ocorrer, de preferência de forma sincrônica, com mudanças de atitudes dos discentes, dos docentes e colaboradores e das instituições de ensino, sendo importante que estas últimas proponham mudanças em seus currículos e no seu projeto pedagógico de curso, não apenas para atender às DCN, mas para evoluir em toda a conjuntura dos programas de educação médica.

CONCLUSÕES

Apesar de a maioria dos discentes não conhecerem as Diretrizes Curriculares Nacionais, acreditavam que o currículo do curso deles estava parcialmente alinhado com esse documento. Os alunos, das duas IES, demonstraram ter uma visão positiva das novas metodologias de ensino aprendizagem, mas destacaram que são necessárias algumas mudanças e adaptações. As mudanças têm que ocorrer por parte dos alunos, professores e da instituição. Os alunos, principalmente do sexto ano, consideraram que o currículo das IES os capacitava para a vida profissional, mas demonstraram insegurança, que acreditavam ser comum tanto a alunos de instituições que utilizam o método tradicional quanto aquelas com metodologias ativas.

Os alunos das duas IES parecem estar ainda muito atrelados ao modelo de ensino tradicional, onde a responsabilidade pelo “direcionamento” sobre o que deve ser estudado é do professor e destacam que o tipo de avaliação realizada para verificação desse aprendizado é responsabilidade da instituição. Entretanto, reconhecem que no modelo tradicional os alunos não participam de maneira ativa no processo metodológico de ensino e muito menos do processo de avaliação. Destaca-se, entretanto, que ambas instituições de ensino têm feito mudanças ao longo dos anos, principalmente em relação a avaliação.

Os alunos de 6º ano das duas IES realizaram uma discussão mais profunda sobre vários aspectos da metodologia utilizada. Provavelmente isto aconteceu porque possuíam maior maturidade no final do curso, o que lhes permitia uma visão mais crítica e reflexiva. Já os alunos de 3º ano da IES1 percebem a necessidade de um alinhamento mais completo com as DCN, mas se sentem prejudicados, devido estarem no meio da mudança curricular na IES1. Os alunos do 3º ano da IES2 também apresentaram críticas à metodologia ativa, mas reconheciam as melhoras ocorridas com as adaptações que a IES2 tem feito.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem as colaborações das respectivas coordenações dos cursos de medicina da IES1 e da IES2, as assessorias pedagógicas dos cursos de

medicina por proporcionar e facilitar os convites aos discentes para participação nos grupos focais. Agradecemos ao Prof. Dr. Reinaldo Gianini (IES2) e a Profa. Maria José Osis (IES1) por facilitar a participação discente, a Silvana Bento, pesquisadora do Centro de Pesquisas Reprodutivas de Campinas (CEMICAMP), coordenadora dos grupos focais, a Karla Simônia de Pádua, pesquisadora do Centro de Pesquisas Reprodutivas de Campinas (CEMICAMP), secretária dos grupos focais e a Cristhiane Spadacio, pesquisadora do Centro de Pesquisas Reprodutivas de Campinas (CEMICAMP) transcritora dos grupos focais.

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

NOTAS SOBRE CONTRIBUIDORES

Carlos Alberto de Oliveira, pesquisador principal, participou da análise de conteúdo dos grupos focais dos cursos. Responsável pela escrita e análises.

Eliana Amaral, orientadora do doutorado (Programa de Clínica Médica – Área de concentração Ensino em Saúde - UNICAMP), contribuiu com a elaboração do projeto e desenho do estudo, análise dos dados e preparação do texto.

Célia Campanaro contribuiu com a escrita e revisão das análises dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2002;6(11):139-42.
2. Ceccim R, Feuerwerker L. Mudança na graduação das profissões. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1400-10.
3. Haddad AE, Ristoff D, Passarella TM. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 162 p.
4. Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(supl.1):70–82.
5. Cristancho S, Varpio L. Twelve tips for early career medical educators. *Med Teach.* 2016;38(4):358-63..
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001..

- Diário Oficial da União. Brasília, 8 jun. 2001; Seção 1, p. 37.
7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 20 de junho de 2014.. Diário Oficial da União. Brasília, 21 jun. 2014; Seção 1, p. 8–11.
 8. Perim GL, Abdalla IG, Aguiar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(SI):70–82.
 9. Stella RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social.* São Paulo: Editora Unifesp; 2008. p. 53–69.
 10. Campos HH, Campos JJB, Faria MJS, Barbosa PFA, Araújo MNT. Programas de desenvolvimento docente em escolas médicas: oportunidades e perspectivas. *Cad ABEM.* 2007;3:34–8.
 11. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(4):921-34.
 12. Almeida M. *Desenvolvimento docente em métodos ativos de ensino/aprendizagem na formação do médico [dissertação].* São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
 13. Almeida L, Cruz J. Transição e adaptação acadêmica: reflexões em torno dos alunos do 1º ano da Universidade do Minho. In: Silva JL, organizador. “Ensino superior em mudança: tensões e possibilidades. Actas do Congresso Ibérico, Braga, Portugal, 2010”. Braga: CIEd; 2010. p. 429-40.
 14. Segtowich P. o pensamento complexo e a perspectiva de ação de futuros doutores. *Amazônia Rev Educ Ciênc Mat.* 2014;8(15):75-87.
 15. Wijnen M, Loyens SMM, Smeets G, Kroeze M, van der Molen H. Comparing problem-based learning students to students in a lecture-based curriculum: learning strategies and the relation with self-study time. *Eur J Psychol Educ.* 2017;32(3):431–47.
 16. Frezatti F, Silva SC. Prática versus incerteza: como gerenciar o estudante nessa tensão na implementação de disciplina sob o prisma do PBL? *Rev Univ Contáb.* 2014;10(1):28–46.
 17. Alves CL, Belisário SA, Abreu DMX, Lemos JMC, D’ávila LS, Goulart LMHF. Curricular transformations in medical school: an exploration of the promotion of change in Brazil. *Med Educ.* 2013;47(6):617–26.
 18. Anastasiou LGC. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.* Joinville: Univille; 2005. 144 p.
 19. Rodrigues MG, Gonçalves MDC. Ensino com pesquisa: uma estratégia formadora para alunos de pós-graduação em medicina. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(3):241–5.
 20. Francischetti I, Corrêa ACL, Vieira CM, Lazarini CA, Rolin LMG, Soares MOM.

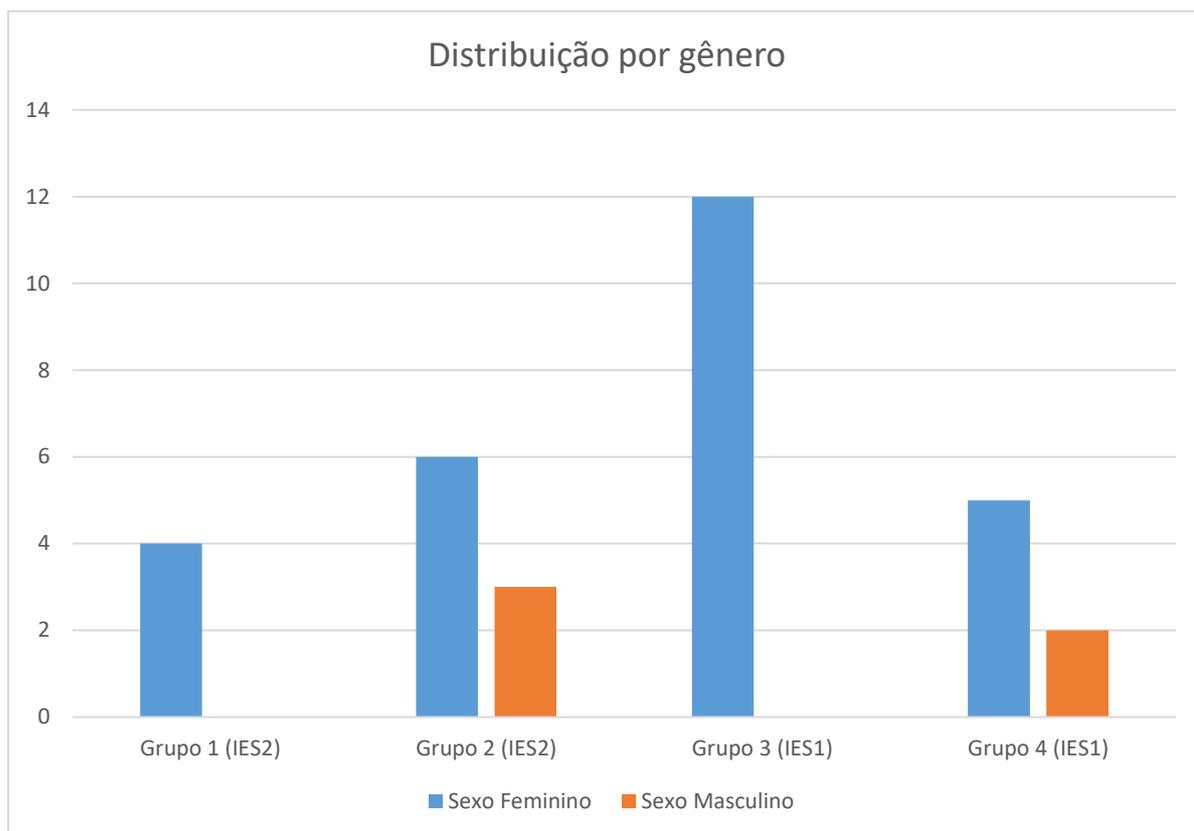
- Role-playing: estratégia inovadora na capacitação docente para o processo tutorial. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2011;15(39):1206–18.
21. Bomfim LA. Grupos focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis.* 2009;19(3):777–96.
 22. Bauer MW, Gaskell G, editores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2003. 491 p.
 23. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social.* Rio de Janeiro: Vozes; 2009;
 24. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2002;12(24):149–61.
 25. De Antoni C, Martins CM, Ferronato ME, Simões A, Maurenente VS, Costa FR, et al. Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. *Arq Bras Psicol.* 2001;53(2):38–53.
 26. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev Saúde Pública.* 1996;30(3):285–93.
 27. Buss Thofehrn M, López Montesinos MJ, Rutz Porto A, Coelho Amestoy S, Oliveira Arriera IC, Mikla M. Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index Enferm.* 2013;22(1–2):75–8.
 28. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1979.
 29. Silva AH, Fossá MIT. *Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos.* *Qual Rev Eletrônica.* 2015;17(1):1–14.
 30. Lampert J. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil.* Rio de Janeiro: Hucitec; 2002.
 31. Almeida MJ. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Rev Bras Educ Méd.* 2001;25(2):42–52.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação; Organização Panamericana da Saúde. *Programa de Incentivo de Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina.* Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2002.
 34. Ten Cate O, Snell L, Mann K, Vermunt J. Orienting teaching toward the learning process. *Acad Med.* 2004;79(3):219–28.
 35. Masetto M. Inovação curricular no ensino superior. *Rev e-curriculum.* 2011;7(2):1–20.
 36. Schmidt LM, Ribas MH, Carvalho MA. A prática pedagógica como fonte de conhecimento. In: Alonso M, organizador. *O trabalho docente: teoria e prática.* São Paulo: Pioneira; 1999. p. 20–36.

37. Davis MH, Harden RM. Planning and implementing an undergraduate medical curriculum: the lessons learned. *Med Teach*. 2003;25(6):596–608.
38. Venturelli J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington (DC): OPS; 1997.
39. Zabalza MA. O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.145-80.

Caracterização dos participantes

Tabela 1 - Características dos participantes dos grupos focais da IES 1 e 2

Características	IES2		IES1	
	Grupo focal 1	Grupo focal 2	Grupo focal 3	Grupo focal 4
	n	n	n	n
Idade				
19	-	1	-	-
20	-	1	-	-
21	-	1	6	-
22	-	3	3	-
23	-	1	2	1
24	1	-	1	-
25	1	2	-	1
26	2	-	-	2
27	-	-	-	2
40	-	-	-	1
Sexo				
Feminino	4	6	12	5
Masculino	-	3	-	2
Ano de Ingresso no Curso de Medicina				
2013	4	-	-	6
2014	-	-	-	1
2016	-	9	12	-
Total de participantes	4	9	12	7



4.4. Artigo 4

“AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE MEDICINA: PERSPECTIVAS DOS ALUNOS ACERCA DAS DIFERENTES PRÁTICAS PEDAGÓGICAS”.

Carlos Alberto de Oliveira*

Eliana Martorano Amaral**

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) 2036/2010 – Projeto Pró-Ensino na Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

"This study was partially financed by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) 2036/2010– Pro-Teaching on Health Project, School of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP)

* Professor - Auxiliar de ensino, Faculdade de Medicina, PUC-São Paulo.

** Professora-Titular de Obstetrícia, DTG/FCM/Unicamp

Contato: Carlos Alberto de Oliveira - Tel. +55 11 974550021 – cadoliveira@pucsp.br

RESUMO

Introdução: As transformações na educação exigem da instituição, dos docentes, dos colaboradores e dos discentes, novas formas de lidar com o conhecimento, com as habilidades e com as atitudes dos futuros profissionais de saúde. No movimento em direção às mudanças propostas pelas DCN, as instituições de ensino superior com cursos de medicina modificam suas estruturas curriculares buscando se adequar a essas normativas. O ambiente de ensino busca estimular a autonomia, esperando que o estudante tenha uma atitude mais ativa na aquisição de competências profissionais, com incorporação de metodologias ativas de ensino aprendizagem, trabalho em pequenas equipes, sessões tutoriais e foco na resolução de problemas. **Objetivos:** Conhecer as percepções dos discentes de duas instituições de ensino superior, com diferentes práticas pedagógicas, sobre o alinhamento do projeto pedagógico do curso (PPC) com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e se o currículo proposto está preparando para a prática profissional. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com grupos focais realizados com alunos do terceiro e do sexto ano de duas instituições, uma autarquia municipal e uma confessional e, posterior, análise temática. Dos dados primários coletados emergiram seis dimensões, algumas com subcategorias. Neste artigo destacaremos duas das dimensões principais: a) diretrizes curriculares e suas duas subcategorias, conhecimento das DCN e preparação para atuação profissional; b) integração ensino-serviço-comunidade. **Resultado:** Os alunos, principalmente dos sextos ano, consideraram que o currículo das IES os capacitava para a vida profissional. Apesar de a maioria dos discentes não conhecer as Diretrizes Curriculares Nacionais, acreditavam que o currículo do curso deles estava parcialmente alinhado com esse documento. Ao final do curso apresentam maior reconhecimento da importância da vivência na UBS, mas, salientam a necessidade de serem acompanhados por preceptores com experiência no ensino em comunidade e que devem ter um espaço destinado à integração ensino-saúde-comunidade. **Conclusão:** Apesar de se reconhecerem capacitados para o início da vida profissional, os alunos se percebem inseguros para o atendimento como profissionais, sem o apoio de preceptores, um sentimento comum a egressos de cursos com diferentes tipos de metodologias. As atividades na UBS e o convívio na, e com a comunidade são apontados como importantes para a formação do médico cidadão, crítico, humanizado e empático.

Palavras chaves: Currículo, Educação, Aprendizagem Ativa, Pesquisa Qualitativa, Análise Qualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Transformations in education claim new institutions, teachers, employees and students to deal with the knowledge, skills, and attitudes of future health professionals. In the movement toward the changes proposed by the National Curricular Guidelines (DCN), higher education institutions with medical courses modify their curricular structures to conform to these regulations. The teaching environment seeks to stimulate autonomy, hoping that the student will have a more active attitude in acquiring professional skills, incorporating active teaching methodologies, working in small teams, tutorial sessions and focus on problem-solving. **Objectives:** To know the perceptions of the students of two institutions of higher education, with different pedagogical practices, about the alignment of the pedagogical project of the course (PPC) with the National Curricular Guidelines (DCN) and if the proposed curriculum is preparing them for professional practice. **Methods:** This is a qualitative research, with focus groups, carried out with students from the third and sixth year of two institutions, a municipal and a confessional autarchy and, later, thematic analysis. From the collected primary data emerged six dimensions, some with subcategories. In this article we will highlight two of the main dimensions: a) curricular guidelines and its two subcategories, knowledge of NCDs and preparation for professional action; b) teaching-service-community integration. **Outcome:** Students, mainly from the sixth grade, considered that the HEI curriculum enabled them to work. Although most of the students did not know the National Curriculum Guidelines, they believed that the curriculum of their course was partially in line with this document. At the end of the course, they present a greater recognition of the importance of living in UBS but stress the need to be accompanied by preceptors with experience in community teaching and who should have a space for teaching-health-community integration. **Conclusion:** Although they recognize themselves to be able to start their professional life, students feel insecure to attend as professionals, without the support of preceptors, a feeling common to graduates of courses with different types of methodologies. The activities at UBS and the conviviality in and with the community are pointed out as important for the training of the citizen doctor, critical, humanized and empathic.

Keywords: Curriculum, Education, Active Learning, Qualitative Research, Qualitative Analysis.

RESUMEN

Introducción: Las transformaciones en la educación reclaman nuevas instituciones, maestros, empleados y estudiantes para tratar con los conocimientos, habilidades y actitudes de los futuros profesionales de la salud. En el movimiento hacia los cambios propuestos por el Pautas Curriculares Nacionales (PCN), las instituciones de educación superior con cursos de medicina modifican sus estructuras curriculares para cumplir con estas regulaciones. El ambiente de enseñanza busca estimular la autonomía, esperando que el estudiante tenga una actitud más activa en la adquisición de habilidades profesionales, incorporando metodologías de enseñanza activa, trabajando en pequeños equipos, sesiones de tutoría y enfocándose en la resolución de problemas. **Objetivos:** Conocer las percepciones de los discentes de dos instituciones de enseñanza superior, con diferentes prácticas pedagógicas, sobre la alineación del proyecto pedagógico del curso (PPC) con las Pautas Curriculares Nacionales (PCN) y si el currículo propuesto los está preparando para la práctica profesional. **Métodos:** se trata de una investigación cualitativa, con grupos focales, realizada con estudiantes de tercer y sexto año de dos instituciones, una autarquía municipal y una confesional y, posteriormente, un análisis temático. De los datos primarios recogidos emergieron seis dimensiones, algunas con subcategorías. En este artículo destacaremos dos de las dimensiones principales: a) las pautas curriculares y sus dos subcategorías, el conocimiento de las enfermedades no transmisibles y la preparación para la acción profesional; b) Integración enseñanza-servicio-comunidad. **Resultado:** los estudiantes, principalmente de sexto grado, consideraron que el plan de estudios de IES les permitió trabajar. Aunque la mayoría de los estudiantes no conocían las Pautas del currículo nacional, creían que el currículo de su curso estaba parcialmente en línea con este documento. Al final del curso, presentan un mayor reconocimiento de la importancia de vivir en UBS, pero recalcan la necesidad de estar acompañados por preceptores con experiencia en la enseñanza comunitaria y que deben tener un espacio para la integración enseñanza-salud-comunidad. **Conclusión:** aunque se reconocen a sí mismos como capaces de comenzar su vida profesional, los estudiantes se sienten inseguros para asistir como profesionales, sin el apoyo de los preceptores, un sentimiento común a los graduados de cursos con diferentes tipos de metodologías. Las actividades en UBS y la convivencia en y con la comunidad se señalan como importantes para la formación del médico ciudadano, crítico, humanizado y empático.

Palabras clave: Currículo, Educación, Aprendizaje Activo, Investigación Cualitativa, Análisis Cualitativo.

INTRODUÇÃO

A homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (DCN)¹ para o ensino médico foi resultado do longo processo de reflexões envolvendo Ministério de Educação e Cultura (MEC), educadores, discentes e outras instituições representando a sociedade. Incentivavam novas formas de estruturação curricular, novas metodologias de ensino aprendizagem e maior articulação entre ensino e serviço². O objetivo era que o egresso médico tivesse uma formação, humanista, holística, crítica e reflexiva¹. Após mais de uma década da sua homologação, as DCN para o ensino médico foram revistas, publicando-se a versão de 2014.³

As transformações propostas buscaram induzir na instituição, docentes, colaboradores e discentes, novas formas de lidar com o conhecimento, com as habilidades e com as atitudes dos futuros profissionais de saúde. Se por um lado é necessário preservar valores, por outro exige transformação nas práticas. Torna premente rever as ações docente e discente em sala de aula e fora dela, nos diferentes cenários de formação profissional. Com isso, as instituições de ensino superior precisaram buscar uma prática de ensino diferenciada.⁴

Um ambiente de ensino diversificado estimula o estudante para uma atitude mais ativa na aquisição de competências profissionais.⁵ Torna-se essencial o uso de metodologias de ensino aprendizagem que valorizem o trabalho em pequenas equipes, com apoio tutorial e foco na resolução de problemas.⁶⁻¹⁰ Adotam-se diversas formas de avaliação, mais frequentes, com foco na interpretação e aplicação dos conhecimentos e, principalmente, garantia de adequado desempenho profissional.^{11,12}

Esse movimento visando as mudanças propostas pelas DCN proporcionou espaços de diálogo para a construção de novos currículos.¹³⁻¹⁵ Muitas instituições de ensino superior com cursos de medicina iniciaram o processo de modificação de suas estruturas e práticas curriculares, buscando se adequar às normativas das DCN, com maior ou menor resistência.

Com o objetivo de identificar as percepções dos discentes sobre o alinhamento do currículo descrito no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de medicina com as DCN e a capacidade destes currículos prepará-los para a vida profissional, realizamos o estudo em duas Instituições de Ensino Superior (IES) no mesmo estado, com diferentes práticas pedagógicas.

METODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre a percepção de discentes do terceiro e do sexto ano de medicina acerca de aspectos curriculares e as DCN, na realizamos grupos focais¹⁶⁻²³.

As instituições de ensino superior que participaram da pesquisa foram convidadas por preencherem os seguintes critérios de inclusão: ter curso de medicina iniciado antes de 1970 no Estado de São Paulo, não serem entidades privadas, terem realizado alteração curricular após a publicação das DCN 2001, com diferentes estruturas curriculares, uma delas mantendo disciplinas seriadas e outra tendo adotado currículo estruturado por módulos integrados, com predomínio de metodologias ditas ativas. Embora quatro escolas das 65 existentes preenchessem estes critérios, apenas duas aceitaram participar.

Foram realizados grupos focais com estudantes do 3º e 6º ano, nas duas instituições (IES1 - Grupos focais 3 e 4, IES2 - Grupos focais 1 e 2). Os estudantes foram contatados através de convites nas plataformas online disponibilizadas pela instituição de ensino superior e assinaram um consentimento livre e esclarecido. Os GF, em ambas as instituições, foram conduzidos por profissionais treinadas nas funções de coordenadora e secretária. Os áudios gravados foram transcritos por uma profissional também treinada previamente. As construções teóricas obtidas foram frutos da análise temática dos dados coletados realizada por duas pesquisadoras que participaram da realização dos grupos focais.

A pesquisa qualitativa considera a realidade como importante fonte de dados, pela riqueza de situações, circunstâncias e pessoas. A análise temática envolve três importantes fases cronológicas, a pré-análise, que é a fase onde efetuamos exaustivas pré-leituras, buscando identificar os indicadores que fundamentam a interpretação final; a codificação, fase em que transformamos os dados brutos do texto, segundo regras precisas, em uma representação do conteúdo, por recortes, agregação e enumeração e a fase de categorização, onde classificamos os elementos constitutivos do conjunto, por diferenciação e posteriormente por seguidos reagrupamentos buscando impor uma certa organização às mensagens. Entendido desta forma, a análise temática é uma forma eficaz para estruturar as significações diretas, manifestas e simples²⁴. Assim, optamos pela análise temática dos conteúdos buscando os significados das falas.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da IES1 sob o número CAAE 62459816.5.3001.5412 e pelo CEP da IES2 sob o número CAAE 62459816.5.0000.5373, após aprovação nas respectivas coordenações de graduação.

RESULTADOS

Os dados coletados permitiram a categorização em seis dimensões, quatro delas discutidas em outro artigo. Neste artigo, destacam-se duas dimensões principais: a) o papel das DCN (conhecimento das DCN) e b) integração ensino-serviço-comunidade; para a análise detalhada.

Os estudantes participantes da IES 1 foram 12 do 3º e 7 do 6º ano, sendo 17 mulheres e 2 homens. Nos grupos focais da IES2 participaram 9 do 3º e 4 do 6º ano, sendo 10 mulheres e 3 homens.

1. Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)

Os alunos de 3º ano da IES1 referiram que conheciam as DCN de 2001 e as de 2014. Devido às mudanças que estavam ocorrendo na Instituição em relação à metodologia de aprendizagem, a Diretoria Acadêmica havia enviado um documento com a descrição das DCN para os alunos, mas nem todos haviam lido. Disseram que as DCN de 2001 foram atualizadas pelas de 2014 e que as principais mudanças envolviam o fato de o médico ser humanizado, cidadão e que apresentasse empatia com os pacientes. Relataram evento recente na Instituição voltado ao tema.

A opinião dos alunos da IES1 em relação às DCN é de que parece muito adequada na teoria, com dificuldade para a implementação nas escolas médicas, perceptível na Instituição onde estudavam. Apontaram que cumprem uma carga horária tão extensa que chegaram a ter uma disciplina de saúde mental ministrada à noite, duas vezes por semana, depois de um dia inteiro de aulas. Como havia muita ausência devido ao cansaço e falta de interesse dos alunos, a própria professora chegou à conclusão que era melhor interromper. O período noturno era também utilizado para frequentar as ligas e os cursos de extensão, necessários para complementar a carga horária do curso.

Não houve consenso se o curso deles estava alinhado ou não com as DCN. Reconhecem que a Instituição é obrigada a se adequar às DCN, porém precisam fazer

isso com qualidade, sem prejudicar o aprendizado dos alunos e que a Instituição, muito focada nesta adequação, poderia não se ater aos problemas decorrentes.

[4]: *É, eu acho que as Diretrizes são importantes para acompanhar as mudanças das necessidades do curso. Tem os órgãos que ficam fiscalizando, [...] que passou aqui fiscalizando para ver como é que estava a estrutura da faculdade. Mas deveriam oferecer algum suporte para a faculdade quando percebem que a faculdade está com dificuldade para implementar essas Diretrizes, porque a nossa direção, coordenação, eles estão perdidos sabe. Eles estão tentando, mas não está dando certo, a nossa turma está sofrendo muito, acho que, as outras também sofreram problemas, mas a nossa é a que mais está se ferrando porque nós somos a primeira de cento e vinte. Então acho que podia existir alguma forma de suporte, falar que está dando errado, tentar ajudar a direção do curso de uma faculdade que estiver precisando, não sei. (GF 03 – IES1)*

[8]: *Eu também lembro de ter ouvido falar que o foco é mais também, do aluno ter mais as janelas, ter as áreas, ter mais espaço para estudar. (GF 03 – IES1)*

Os estudantes do 6º ano da IES2 relatam ter um conhecimento superficial ou mesmo não ter conhecimento acerca das DCN e que elas haviam sido discutidas apenas pela Diretoria Acadêmica (DA). Apenas um aluno disse saber que elas existiam, mas não sabia exatamente o que eram. Apesar do desconhecimento, após receberem uma breve explicação do que se tratava fornecida pela moderadora do grupo, acreditavam que existia um alinhamento da proposta pedagógica do curso com essas Diretrizes, mas questionam a qualidade desse alinhamento.

[8]: *Acho que sim. O curso está alinhado com as DCN. (GF 02 – IES2)*

[4]: *Na verdade, eu acho que está alinhado. A questão é se está com qualidade ou não. (GF 02 – IES2)*

1.2 Preparação para atuação profissional

Os alunos da IES1 reforçaram uma “representação” que se tem acerca dos estudantes formados nesta instituição, de que os profissionais são reconhecidos como bons na “prática”, com deficiências conceituais. Acreditam que o currículo os prepara

bem como médicos generalistas, embora o foco seja mais na atuação hospitalar. Tanto os alunos do 3º como do 6º ano médico ressaltam que a formação deveria ser menos “hospitalocêntrica” e que deveriam ter mais prática nos Pronto Socorro e nas UBS, principais portas de entrada para os pacientes. Consideram essencial aprender melhor como desenvolver o primeiro contato com o paciente. Observam que tem mais contato com casos graves, de pacientes internados, com menos experiência para casos triviais, ambulatoriais.

[7]: Mas já ouvi falar de diversos médicos, principalmente em pronto atendimento, que quando sai daqui da faculdade o aluno sabe muito mais atender um paciente que já está internado em enfermaria do que o paciente que chega no hospital ou na atenção básica. Então acho que é essencial para o currículo a gente aprender melhor como faz isso, esse primeiro contato com o paciente nos serviços de saúde. (GF03 – IES1)

[10]: O que a gente ouve é que, os alunos que saem daqui prestam prova de residência em outras universidades, vão muito bem. (GF03 – IES1)

Manifestaram receio de como será a formação nos próximos anos do curso, por conta da desorganização neste momento de reestruturação. Sugerem que os órgãos competentes, que regulamentam as DCN, deveriam acompanhar as mudanças que ocorrem nas escolas dando suporte se a Instituição tiver dificuldades para implementar as mudanças necessárias para atendê-las. Enfatizaram que a turma atual vem sofrendo muito com as mudanças estabelecidas porque eram a primeira turma de 120 alunos.

Os estudantes da IES1 salientaram que se um dos objetivos das DCN é formar médicos mais humanizados e empáticos, deveria haver mais disciplinas que capacitasse os estudantes para desenvolverem essas habilidades desde o primeiro ano da graduação, visto esses temas são raramente abordados que não tem disciplinas específicas. Ressaltaram, ainda, que as escolas médicas deveriam repensar como estão tratando seus alunos, observando se há humanização nessa relação. Referiram que eles os próprios têm dificuldades para se tornarem pessoas melhores e que estas questões devem ser tratadas sim, durante o período da graduação. Porém, acham que o desenvolvimento de empatia decorre do que

observam dos professores. Ponderaram que havia professores que deviam seguir como exemplo.

[2]: É que essa parte de empatia é muito de exemplo também, a gente vê exemplo de profissionais. Ah, tem de todos os jeitos, os que a gente deve seguir e os que não devemos seguir. (GF04 – IES1)

[5]: E a gente imita bastante o que a gente acha bom né, é uma coisa meio paternalista, sei lá, que a gente pega aqui. (GF04 – IES1)

Quando questionados sobre as ações que possam ser implementadas para serem bons “generalistas”, os alunos reforçam a necessidade de organização na IES para adequação ao preconizado pelas DCN. Apesar da carga horária não propiciar tempo para estudarem como gostariam, apreendem o que precisam nas disciplinas porque são bem distribuídas e as discussões nos seminários das matérias clínicas os incentivam a pensarem e a integrarem o conhecimento, além de terem uma boa biblioteca. Há um questionamento se isso será mantido após o aumento da turma para 120 alunos, especialmente em relação ao internato.

Os estudantes disseram que o currículo da Instituição os prepara para serem médicos generalistas, com grande volume de atendimentos, porém se sentiam inseguros. Refletiram que muitas vezes sabiam tratar problemas de saúde mais graves, mas não o básico como uma gripe. Depois da discussão, ponderaram que a “insegurança” que sentiam era explicada pelo fato de estarem próximos da formatura e na iminência de começarem a exercer a profissão.

[3]: O volume menor de paciente já ajudaria eu acho, não 10 pacientes, mas também, não 60 pacientes que normalmente atendemos e talvez mais tempo na saúde básica. (GF04 – IES1)

[5]: Se nesses dois meses e meio do 5º ano fossem utilizados para a gente acompanhar consulta de atenção primária, eu acho que dava conta. (GF04 – IES1)

[7]: A confiança, ela só vem com a prática. Estou começando a ter um pouco mais de segurança, nós estamos há duas semanas no acolhimento e cada um de nós, na medida do possível, está começando a ter um pouco mais da atenção primária. Esse contato vai me dar muito mais confiança. (GF04 – IES1)

Houve diferenças nos grupos focais da IES2 comparando estudantes de 3º e 6º participantes. Os estudantes do 3º ano não souberam responder se o currículo do curso deles os está preparando ou não para atuarem como médicos generalistas. Eles acreditam que só vão saber se estão sendo preparados para atuarem como médicos generalistas quando começarem o internato.

Os dois grupos mencionaram a insegurança em atender os pacientes ao se formarem. Mas acreditavam ser um sentimento comum a todos os alunos de medicina quando estão próximos de entrar no mercado de trabalho. Os discentes do 3º ano disseram que ouvem os alunos de anos mais avançados dizerem sobre essa insegurança inclusive de outras faculdades. Consideraram isso normal porque o médico irá lidar com vidas humanas. No grupo do 6º ano, foi dito que essa insegurança somente irá diminuir com a experiência e vivência profissional. Para os alunos de ambos os grupos a residência médica é uma complementação à formação, quando o jovem médico ainda estará sob supervisão, desenvolvendo progressiva autonomia.

Para alunos do 6º ano, o sentimento de insegurança surgiu porque eles estavam quase entrando no mercado de trabalho e sabiam que não haveria mais um professor dando suporte durante o atendimento aos pacientes. No entanto, relataram que se sentiam seguros para atuarem como médico generalista porque desde o início do curso de graduação faziam atendimentos de variadas complexidades. Disseram que eles têm “muito essa questão prática”, “desde o primeiro ano a gente atua na prática”, “a gente sai preparado para o atendimento”, para “lidar com paciente, eu acho que nisso a gente sai muito bem”. Um deles disse que não sabe se estaria seguro para atendimento de emergência, mas estaria seguro atendendo na atenção primária.

[1]: *Eu acho que é assim, a gente sai preparado para atendimento. Realmente medo de atender eu não tenho. Talvez seja normal de todo estudante de medicina que acaba de se formar, eu tenho medo de não ter bagagem, não ter a segurança que temos no internato, sempre um preceptor ali perto para a gente discutir, para dar conduta. Por mais que a gente saiba o que é dar conduta, ouvir o professor dizer: “é isso mesmo, a prescrição é de tanto”, dá segurança. Acho que sozinha eu vou ter insegurança no começo por falta de experiência mesmo. Mas eu acho que a gente sai minimamente bem preparado. (GF 01 – IES2)*

[2]: *Acho que essa falta de bagagem é uma coisa que a gente aprende na residência. Por isso é que falam que é bom fazer uma residência*

porque você vai continuar tendo o preceptor e vai aumentar a sua autonomia, vai ser progressivo isso. Mas eu acho que o fato de a gente lidar com paciente desde o primeiro ano me dá total confiança em atuar.

(GF 01 – IES2)

[3]: *Como médico generalista é bom porque a gente tem muito essa questão prática. O que sempre ouvimos é que os alunos têm um pouco de insegurança na parte teórica, justamente por essa falta de cobrança no primeiro ano tudo mais, mas acho que de uma forma geral eu me sinto segura para atender na prática. Não no atendimento de emergência, uma coisa um pouco mais complexa. No atendimento primário eu me sinto, de forma geral, segura. (GF 01 – IES2)*

2. Integração ensino-serviço-comunidade

Esse foi um tema bastante discutido pelos alunos da IES1. De forma geral, entendem como uma experiência significativa para a sua formação. Mas foram relatadas dificuldades e entraves para uma efetiva integração dos estudantes na prática dos serviços. Os alunos do 3º ano disseram que foram às UBS no 2º ano, mas nem todos visitaram a comunidade. Alguns alunos tiveram oportunidade de fazer visita domiciliar e outros não, mas os alunos participantes do grupo focal tiveram essa experiência. Apesar de apontar problemas, manifestaram que gostam de ir às UBS e fazer visitas domiciliares e que essa experiência, que permite contato mais intenso com os pacientes, também os motiva, tornando-os mais dispostos e interessados nos estudos. Percebem que é um estímulo qualificado em relação a ficar assistindo aula.

Mas observaram que o sistema não estava preparado para recebê-los, que havia desorganização, pois, esqueciam das visitas nas UBS mesmo com os professores acompanhando os alunos e que os gestores locais não divulgavam para a comunidade as ações que os alunos teriam se preparado para realizar. Um dos alunos relatou que não houve comunicação entre a UBS e os professores, o que acarretou uma visita domiciliar com 10 alunos, quando deveria ter sido com apenas três estudantes. Destacaram que o departamento de saúde coletiva está tentando designar uma família específica para cada aluno acompanhar desde o primeiro ano; que acaba de ser implantada a disciplina de medicina da família e comunidade.

[10]: *Só complementando essa questão da UBS, eu sofri muito com a questão da UBS porque a gerente da UBS estava totalmente nem aí que*

a gente estava indo para lá, teve uma segunda-feira que a gente chegou lá eles “a gente esqueceu da FMJ”. (GF03 – IES1)

[3]: Esse ano a gente vai ter uma matéria que chama medicina da família e comunidade, só que tipo assim, essa matéria foi implementada esse ano, está desorganizada, não tinha um professor responsável pela matéria, então eu não sei como está sendo a efetividade. Acho que é um departamento muito deixado para lá sabe. (GF03 – IES1)

Reconhecem que a atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde e que a experiência nas UBS permite que eles estejam próximo da comunidade, tenham contato com os pacientes, conheçam as doenças mais prevalentes e as demandas da região. Entendem que se estiverem presentes, como futuros médicos, poderão contribuir para que a população frequente mais a atenção primária em lugar de ir direto aos hospitais. Mas vários problemas foram relatados na integração ensino-serviço-comunidade. Os alunos passavam pela farmácia, pelo setor de vacina e sala de curativo, um aprendizado importante, mas que o maior interesse está em acompanhar consultas médicas e os médicos locais, em geral, não aceitavam ser acompanhados. Ponderaram que havia falta de organização da Instituição visto que encaminhavam os alunos sabendo que o médico não aceitava ser acompanhado e que, às vezes, também não eram combinadas as visitas com os gestores das UBS. Disseram que a instituição argumenta que os “alunos se adaptam ao serviço”, mas, replicam que “o serviço não está preparado para receber os alunos”.

[3]: Eu acho assim que a nossa população é meia “hospitalocêntrica”, ela não busca muito a UBS, só que eu acho que a mudança pode começar na gente. Se a gente estiver mais preocupada com a UBS, estiver mais presente na UBS, digo assim os futuros médicos, vamos influenciar a população a começar a ir a UBS e ela deixando, aos poucos, de ser essa população “hospitalocêntrica”. (GF03 – IES1)

[10]: A UBS é a porta de entrada para o sistema de saúde, se a pessoa vai passar no clínico, ela vai procurar o médico da UBS, ela vai tomar vacina, ela vai na UBS, ali é o que está mais próximo das pessoas, da população na comunidade, a UBS. É atenção primária mesmo, então a partir dali a gente vai ter mais contato com o paciente, vai saber quais as demandas daquela região, quais são as doenças mais prevalentes e a

gente precisa saber disso porque é o que a gente vai receber no futuro.
(GF03 – IES1)

Alguns estudantes consideraram que seria possível fazer mudanças no modelo atual de estágios nas UBS e outros não. Os que acharam impossível uma mudança, alegaram que, mesmo tendo um professor da faculdade dentro da UBS, os alunos somente conseguiriam fazer o acolhimento; que não havia uma agenda própria e que não há espaço para atendimento. Também trouxeram sugestões para melhorar a relação UBS-faculdade. Os alunos consideraram que, para ter mudanças, seria necessária uma ação da Secretaria Municipal de Saúde coordenando a inserção da faculdade com seus alunos e professores nas UBS. Para isso, seria necessário que o professor da faculdade fosse conversar pessoalmente com o gestor da UBS, fazendo consenso sobre o cronograma das atividades. Como os médicos da UBS não são contratados da faculdade e não tem disposição para ensinar, os residentes da faculdade deveriam fazer um estágio nas UBS e, desta forma, auxiliar os alunos.

[1]: Às vezes o médico da UBS também não está muito tão disposto a ensinar, tudo mais, não é contratado da faculdade. Às vezes enviar alguém ou mesmo procurar se tem residente lá que vai poder auxiliar a gente.” **(GF03 – IES1)**

[3]: *Acho que não depende só da faculdade, acho que tem que ter uma ação da Secretaria Municipal de Saúde para inserir a faculdade, porque é interesse dos dois.* **(GF04 – IES1)**

Os alunos da IES2 referiram que começaram a ir à comunidade no primeiro ano da graduação, acompanhando os agentes comunitários nas visitas domiciliares. Referiu-se que cada UBS tem sua dinâmica e que algumas têm programas de prevenção melhor estruturados do que outras. Os estudantes do 3º ano disseram que a integração ensino-serviço-comunidade acontece do primeiro ao quarto ano da graduação e que, com o decorrer dos anos da graduação, a complexidade das atividades realizadas pelos alunos, vão tendo um grau de dificuldade maior. Os alunos também referiram que aprenderam como é o funcionamento da UBS, a teoria e os princípios do SUS, os programas existentes em cada UBS, além de fazerem projetos de intervenção nas comunidades. A maioria dos alunos seguiam na mesma UBS, no entanto, às vezes, passavam por mais de uma UBS, cada uma com sua dinâmica. No

segundo ano, começavam ajudando no acolhimento dos pacientes e depois iam progredindo na complexidade dos atendimentos.

No grupo do 3º ano, em especial, estava presente uma forte sensação de serem inconvenientes no espaço dos serviços de saúde e uma sensação de estarem atrapalhando os usuários e as famílias, assim como os profissionais da unidade em suas atividades diárias. Os alunos não se sentiam úteis porque não conseguiam ajudar as pessoas efetivamente em relação as suas queixas de saúde.

[1]: *A gente faz desde o 1º ano, mas eu particularmente não gosto porque eu me sinto atrapalhando. Às vezes, as pessoas fazem as queixas, a gente leva pra UBS, mas eu não sinto esse retorno da UBS. Na visita domiciliar a família abre a casa com aquela cara de “o quê que eles vão fazer para me ajudar?”. Nós tentamos ajudar dentro do pouco que a gente sabe, mas eu não sei, eu não me sinto tão útil assim quanto eu achava que seria. (GF 02 – IES2)*

[6]: *Eu concordo, lá é bom, tem os pontos bons, que seria você ver uma outra realidade. Você vê uma população teoricamente mais carente e você está lá para ajudar, mas na prática você acaba mais atrapalhando, me parece, você não se sente muito útil. Você vai lá, mas depende da boa vontade da família. Tem um pessoal que te trata com grosseria, não quer você lá, não está nem aí com que você está fazendo lá. Até mesmo por parte da UBS e não só das famílias. (GF 02 – IES2)*

As boas experiências adquiridas com esse contato foram evidenciadas nos dois grupos focais e, segundo os estudantes, “estas experiências fazem diferença” na sua formação como médicos, especialmente pelo desenvolvimento de empatia e alteridade propiciado pela sua integração com os serviços de saúde e comunidade.

[4]: *Para mim fez muita diferença porque, por exemplo, vou dar um exemplo prático, tem muito acamado nas unidades. A minha família específica tem 12 pessoas morando em quatro cômodos sabe, e tem dois senhores de idade, sendo um acamado. Você entra na casa, é suja, tem muito animal, tem passarinho, você entra no quarto do idoso, fede sabe, aquele mal-estar. Você fica se controlando para não fazer cara, não expressar o que você está sentindo. Mas quando conversa com a pessoa você percebe que tem toda uma dinâmica familiar, tipo assim, a*

mãe que sofre pelo filho que é drogado e daí você percebe que a mãe, não teve culpa, o pai também não teve, sabe. É uma coisa que eu não tinha consciência. Eu acho que se eu não tivesse passado na comunidade, e estivesse atendendo no hospital eu ia falar: “meu Deus, qual é seu problema, cuida desse velho, olha a situação dele” e hoje eu tenho a consciência de que na prática é difícil entender. (GF 02 – IES2)

[8]: *É eu acho que é isso mesmo, a gente aprende a ter sensibilidade, faz parte da nossa formação. Vai variar conforme a UBS, conforme as pessoas que estiverem lá, mas isso é assim em todo lugar, em todo lugar você vai ter pessoas dispostas e pessoas que não estão dispostas a te auxiliar, mas eu acho que é muito importante para a nossa formação. Se buscar pelo menos entender um pouco da realidade que está ali, lá na frente você vai conseguir ajudar muito mais do que se você tivesse ficado só numa sala de aula. (GF 02 – IES2)*

Os alunos gostam das visitas aos serviços e a comunidade porque “já se sentem médicos”.

[3]: *A gente faz projetos de intervenção nas UBS, eu acho que isso é a parte boa. (GF 01 – IES2)*

[4]: *Eu adoro a Vila X, eu acho que é a melhor parte do curso honestamente, eu acho que a gente realmente começou a aprender medicina, por causa do professor. (GF 02 – IES2)*

Também se sentiam valorizados pela receptividade das comunidades com os estudantes inseridos na rede de saúde, embora isso seja variável.

[2]: *O que eu acho que agrega para a família, é que depende muito da família. A família que eu visito tem um idoso acamado, mas só dele se sentir ouvido fazia muita diferença. Ele ficava muito agradecido quando a gente ia lá porque quase ninguém visitava ele, aí ele se sentia negligenciado. O fato de a gente ir lá, mesmo não cuidando dele, mesmo só ouvindo o que ele tinha a dizer, ouvindo a história dele, ver que tinha alguém se importando com ele, ele ficava muito agradecido, muito emocionado. (GF 02 – IES2)*

Foi reconhecida a importância de vivenciar o funcionamento dos serviços de atenção primária e a dinâmica do SUS durante a formação médica.

[4]: *Durante o período na UBS acho que a gente chega com uma boa noção, da dimensão e da importância do sistema de saúde. No internato como é bem estruturado e são médicos da família a gente consegue ter esta noção. (GF 01 – IES2)*

[3]: *Aprendia a teoria do SUS, quais os princípios e diretrizes do SUS. Na prática atendia no acolhimento. (GF 01 – IES2)*

Porém, foi salientada a dependência da experiência em relação ao professor/ preceptor e a possibilidade de melhor aproveitamento se os preceptores fossem médicos de família.

[2]: *Mas uma crítica, que até os professores da saúde da família comentaram, é que tem muitos professores nas UBS que não são médicos da família, então essa oportunidade de a gente ter mais comunicação com o paciente, de aplicar na prática nem sempre é tão certinho, porque os professores que não são especialistas em medicina de família e comunidade, vão focar mais na doença e não no paciente. (GF 01 – IES2)*

[3]: *Eu acho que era diferente porque cada UBS tinha uma dinâmica diferente, mas eu acho que de uma forma geral, a gente fazia discussões dos programas que tinham lá, sabe, das atividades em grupo, de como era a dinâmica mesmo do posto. A gente fazia as visitas domiciliares, fazia os projetos de intervenção e a gente fazia os atendimentos lá também. Isso variava um pouquinho de acordo com a semana, o próprio professor fazia um programinha para a gente, assim do que que a gente ia fazer cada dia que a gente fosse lá. (GF 01 – IES2)*

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os estudantes de ambas as IES, embora vivenciando estruturas curriculares diferentes e com conhecimentos escassos e heterogêneos sobre as DCN entre os anos iniciais (mais informados) e finais (menos informados), valorizam a integração-ensino serviço-comunidade para sua formação clínica e humanística e

entendem a importância das propostas de mudança nessa direção. Quanto mais se aproximam do final do curso, apresentam maior reconhecimento da importância desta vivência na UBS. Ter atividades na UBS e conviver na comunidade é apontado pelos alunos como algo positivo e importante para a formação do médico cidadão, crítico, humanizado, empático e que, inclusive, pode influenciar a população a valorizar menos o cuidado “hospitalocêntrico”. No entanto, salientam a necessidade de que sejam acompanhados por preceptores experientes no ensino em comunidades. Destacaram, também, que as UBS devem ter um espaço confortável para atividades que ajudem a promover esta integração ensino-serviço-comunidade, com salas de atendimento e que possibilite encontro dos grupos de alunos, preceptores, gestores e comunidade. Entretanto, apontam dificuldades que demandam a atenção dos envolvidos, serviço e IES.

Vale salientar como os currículos oportunizam a apropriação dos conteúdos humanísticos nos cenários de prática profissional, durante os atendimentos. Nesse sentido, o papel da experiência nas UBS e, em especial, nas visitas domiciliares, mostrou-se potente estratégia formativa trazida pelas vivências compartilhadas com os usuários, em seu contexto. No entanto, nas experiências educacionais em ambulatórios e hospitais, dirigida por profissionais de saúde, prevalece a visão focada na doença e não nas pessoas²⁵. São necessárias estratégias educacionais para discussão de empatia, humanização e bem-estar²⁶.

Os alunos, principalmente do sexto ano, consideraram que o currículo das IES os capacitava para a vida profissional. Demonstraram sentir insegurança para o início da vida profissional, mas acreditavam isso ser comum a todos os alunos incluindo os de instituições que utilizam tanto o método tradicional quanto aquelas com metodologias ativas de ensino aprendizagem. Apesar de a maioria dos discentes não conhecerem as Diretrizes Curriculares Nacionais, acreditavam que o currículo do curso deles estava parcialmente alinhado com esse documento. Estudo de outros autores nacionais mostram que apenas 19% dos estudantes se sentiam aptos ao exercício ao se formarem²⁷, o que sugere maior segurança dos estudantes das duas instituições que estudamos, apesar da insegurança que manifestaram. O alinhamento com as diretrizes com sua complexidade é um desafio para todas as escolas médicas e políticas públicas brasileiras indutoras de mudanças, como foi o Programa de Mudanças do Ensino Médico (Promed) mostraram-se eficazes^{28,29}.

Na discussão acerca das percepções que os estudantes da IES1 possuem em relação às DCN, a questão da humanização permeou o discurso dos dois grupos de alunos entrevistados. Saliaram que a construção conceitual promovida pelas DCN sobre a importância da formação do profissional generalista e humanista não se efetiva na prática cotidiana dos estudantes, muito influenciada pela estrutura curricular que impõe grande demanda sobre os estudantes. Interessante a sugestão que emergiu dos grupos para que os órgãos reguladores acompanhem as mudanças curriculares em direção às DCN. De fato, mais do que classificar ou ranquear, os sistemas de avaliação do ensino superior deveriam ter uma função de orientar e acompanhar as mudanças e como as instituições respondem a elas, cumprindo, assim, seu verdadeiro papel focado em garantia de qualidade do sistema de ensino superior.

Mas a aprendizagem baseada exclusivamente nas oportunidades oferecidas nos cenários de prática tem como consequência uma formação desigual dos estudantes, muito dependente da postura e dos exemplos. Essa aprendizagem oportunista, necessária também na formação médica, não pode prescindir da aprendizagem intencional daquilo que é considerado essencial na formação. No caso dos aspectos humanísticos e de empatia, entende-se a necessidade de maior valorização curricular e, como tal, a oferta planejada de oportunidades de aprendizagem similares entre os estudantes. Para isso, recomendam-se atividades educacionais de simulação com *debriefing*³⁰ e portfólios reflexivos que enfocam as atividades no mundo do trabalho.³¹

A maior fragilidade desse estudo está na amostra restrita de escolas, visto que só foi possível contrastar a percepção dos estudantes de duas escolas que tiveram abordagens diferentes em sua adaptação às propostas das DCN 2001, ainda sendo implantadas pela IES1. Por outro lado, a fortaleza está em ter buscado a percepção de estudantes originários de contextos sociais e culturais similares, no mesmo estado, próximas geograficamente, que passaram por experiências formativas bastante diversas. Dentro dos limites possíveis, foi interessante notar como valorizaram, em ambas, as mudanças propostas pelas DCN, a experiência de integração ensino-serviço-comunidade e a insegurança gerada pela iminência da prática profissional não supervisionada. Os desenhos curriculares e estratégias educacionais diferenciadas não se mostraram determinantes de tais percepções que foram compartilhadas pelos estudantes de ambas as instituições.

Esses achados mostram a importância de promover discussões conjuntas entre docentes e discentes das várias etapas de formação, gestores de saúde e preceptores dos serviços, coordenadores e gestores acadêmicos e membros da comunidade. Dessa forma, seria possível compreender a complexidade que envolve a formação de profissionais de saúde e as consequências de curto, médio e longo prazo de uma boa formação integrada ao sistema de saúde. A criação de uma rede colaborativa para formação profissional em saúde com todos esses interessados permitiria potencializar as experiências positivas e relevantes e facilitaria o reconhecimento das resistências diante da complexidade da formação em saúde, com seus múltiplos cenários e prática interdisciplinar.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem as colaborações das respectivas coordenações dos cursos de medicina da IES1 e da IES2, as assessorias pedagógicas dos cursos de medicina por proporcionar e facilitar os convites aos discentes para participação nos grupos focais. Agradecemos ao Prof. Dr. Reinaldo Gianini (IES2) e a Profa. Maria José Osis (IES1) por facilitar a participação discente, às pesquisadoras Silvana Bento, pesquisadora do Centro de Pesquisas Reprodutivas de Campinas (CEMICAMP), pela coordenação dos grupos focais e auxílio na categorização e a Karla Simônia de Pádua, pesquisadora do Centro de Pesquisas Reprodutivas de Campinas (CEMICAMP) que participou como secretária dos grupos focais e, também, auxiliou na categorização. Agradecemos ainda a Cristhiane Spadacio, pesquisadora do Centro de Pesquisas Reprodutivas de Campinas (CEMICAMP) que participou como transcritora dos grupos focais.

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

NOTAS SOBRE CONTRIBUIDORES

Carlos Alberto de Oliveira, pesquisador principal, participou da análise de conteúdo dos grupos focais dos cursos. Responsável pela escrita e análises.

Eliana Amaral, orientadora do doutorado (Programa de Clínica Médica – Área de concentração Ensino em Saúde - UNICAMP), contribuiu com a elaboração do projeto e desenho do estudo, análise dos dados e preparação do texto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001.. Diário Oficial da União. Brasília, 8 jun. 2001; Seção 1, p. 37.
2. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(4):921-34.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 20 de junho de 2014.. Diário Oficial da União. Brasília, 21 jun. 2014; Seção 1, p. 8–11.
4. Almeida L, Cruz J. Transição e adaptação académica: reflexões em torno dos alunos do 1º ano da Universidade do Minho. In: Silva JL, organizador. “Ensino superior em mudança: tensões e possibilidades. Actas do Congresso Ibérico, Braga, Portugal, 2010”. Braga: CIEd; 2010. p. 429-40.
5. Frezatti F, Silva SC. Prática versus incerteza: como gerenciar o estudante nessa tensão na implementação de disciplina sob o prisma do PBL? Rev Univ Contáb. 2014;10(1):28–46.
6. Wijnen M, Loyens SMM, Smeets G, Kroeze M, van der Molen H. Comparing problem-based learning students to students in a lecture-based curriculum: learning strategies and the relation with self-study time. Eur J Psychol Educ. 2017;32(3):431–47.
7. Borochovcicius E, Tortella JCB. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. Ens Aval Pol Públicas Educ. 2014;22(83):263–94.
8. Maia JA. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação médica. Rev Bras Educ Méd. 2014;38(4):566–74.
9. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface Comunic Saúde Educ. 2017;21(61):421–37.
10. Freitas RAMM. Ensino por problemas: uma abordagem para o desenvolvimento do aluno. Educ Pesqui. 2012;38(2):403–18.
11. Salgado A, Herández JR, Mendonza JAA. ECIS: La implementación de un nuevo instrumento para evaluar futuros médicos, análisis de su opinión. Mem Concurr Lasallista Investig Desarro Innov CLIDI. 2017;4(1):26–30.
12. De los Santos Rodríguez MN, Morales L. The competency assessment in a simulation center. Rev Fac Med UBAM. 2018;60:99–107.
13. Haddad AE, Ristoff D, Passarella TM. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 162 p.
14. Gonçalves EA, Batista NA. Desempenho docente no contexto PBL: essência para aprendizagem e formação médica. Rev Bras Educ Méd. 2013;37(2):192–

- 201.
15. Almeida MJ. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Rev Bras Educ Méd.* 2001;25(2):42–52.
 16. Bomfim LA. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis.* 2009;19(3):777–96.
 17. Gomes M, Barbosa E. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. *Educativa.* 1999;1-7.
 18. Smeha LN. Aspectos epistemológicos subjacentes a escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. *Rev Psicol IMED.* 2009;1(2):260-8.
 19. Aschidamini I, Saupe R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enferm.* 2004;9:9-14.
 20. Buss Thofehr M, López Montesinos MJ, Rutz Porto A, Coelho Amestoy S, Oliveira Arrieira IC, Mikla M. Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index Enferm.* 2013;22(1–2):75–8.
 21. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde.* 2011;35(4):438–42.
 22. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf Soc.* 2014;24(1):13–8.
 23. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(3):621–6.
 24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
 25. Silva L, Muhl C, Moliani MM. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de medicina. *Psicol Arg.* 2017;33(80):298-309.
 26. Pereira O, Almeida TMC. Medical education according to a resistance pedagogy. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005;9(16):69-79.
 27. Oliveira N, Alves LA. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando?. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(1):26-36.
 28. Oliveira N. Medicina e saúde na nova Universidade Federal do Tocantins. In: *Anais do XLII Congresso Brasileiro de Educação Médica*, organizador. Vitória (ES): ABEM; 2004. p. 20–4.

5. DISCUSSÃO GERAL

A proposta de analisarmos a ocorrência de alinhamentos de dois projetos pedagógicos com as diretrizes curriculares nacionais de 2001 teve o objetivo de fornecer dados para a discussão sobre as dificuldades de adoção das recomendações. Optamos por utilizar, inicialmente, um instrumento previamente utilizado, para promover a reflexão coletiva com vistas ao avanço nas propostas de formação do médico, diante das recomendações definidas inicialmente pelas DCN de 2001^{89,90}. No entanto, também se aplicam para as DCN de 2014, visto que as dimensões escolhidas para a avaliação estão também contempladas nestas últimas.

Apesar de observar algumas diferenças nos escores determinados pelos avaliadores, as 10 dimensões propostas no instrumento parecem não serem suficientes para retratar, adequadamente, as diferenças de formação decorrentes de maior ou menor adesão às DCN. Mas, pela sua simplicidade e por contemplar duas das três dimensões globais do instrumento de avaliação de cursos de medicina – organização didático-pedagógica e infraestrutura – do SINAES, mostrou-se parcialmente útil para verificar onde são necessários ajustes do projeto pedagógico para que se acelere o alinhamento com as DCN. Entender as dinâmicas próprias de cada instituição, dentro da complexidade envolvida em mudanças curriculares, exige outros estudos com métodos qualitativos de pesquisa, que busquem responder como e por que as mudanças se processam⁹¹. Desta forma, entendemos que para uma análise mais detalhada, são necessários outros estudos qualitativos.

Quando da implementação ou alteração dos projetos pedagógicos, deve-se trilhar os caminhos alicerçados na cultura de cada instituição, podendo adotar propostas críticas e inovadoras, porém, refletidas pela sua comunidade.^{91,92} Independentemente do projeto pedagógico analisado, foi possível observar avanços na incorporação das principais recomendações apresentadas nas DCN. Estes avanços são fundamentados em uma aprendizagem que seja centrada no estudante e no sistema de saúde, buscando desenvolver competências de empatia, trabalho em equipe e de educação permanente, em paralelo com as demandadas para a formação técnico-profissional do médico.

As DCN de 2001, que recomendaram a formação geral holística do médico e embasaram mudanças curriculares nas escolas de medicina do país, foram fruto de ampla discussão nos anos 90, da qual participaram diversas entidades interessadas

como a ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), a DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), o CFM (Conselho Federal de Medicina)⁹³, entre outros. Pelas DCN, os cursos de saúde devem ter abordagem pedagógica centrada no estudante, favorecer a articulação de conhecimentos e o trabalho em equipes multiprofissionais, ampliando os cenários das práticas de atenção à saúde. Os estudantes devem aprender a aprender, para aprender a ser, aprender a fazer e, com autonomia e discernimento, estarem capacitados para assegurar a integralidade no atendimento dos indivíduos, das famílias e das comunidades ⁹⁴. Isso reforça o conceito de que o currículo é “vivo”, dinâmico e deve decorrer de uma construção coletiva e multifacetada, com a contribuição dos diversos indivíduos.

Ainda que as DCN descrevam as competências esperadas em múltiplos domínios, cada escola deve encontrar sua trajetória, desenhada pelo projeto pedagógico de curso (PPC). Este projeto deve orientar docentes, discentes, preceptores e colaboradores administrativos em relação ao direcionamento da formação, que engloba aspectos de humanismo e profissionalismo, além dos conhecimentos e habilidades técnicas. ^{89,95} Cabe destacar que as DCN não devem ser vistas como uma receita. ⁹⁶⁻¹⁰¹

As DCN passaram a ter força de lei quando a versão 2014 foi publicada, sendo seus princípios incluídos nos instrumentos de acreditação e reconhecimento ou renovação e reconhecimento dos cursos de medicina¹⁰². O alinhamento com as DCN é um dos itens de destaque no processo de avaliação dos cursos no Brasil, apoiado em instrumentos requeridos pelo Instituto Nacional de Avaliação (Inep). ^{103,104} Documentos similares às DCN para a Medicina são encontrados em outros países, sob responsabilidade de diferentes entidades, e orientam processos de acreditação: nos Estados Unidos e no Canadá, pelo *Liaison Committee on Medical Education* (LCME) e no Reino Unido pelo Tomorrow's Doctor do General Medical Council (GMC), entre outros. ¹⁰⁵⁻¹¹⁰ Os estudos evidenciam que as atividades relacionadas à acreditação orientam os programas de educação médica para o estabelecimento de processos que possam estar associados à melhoria da qualidade na educação em saúde. ⁹⁶

Essas mudanças constantes nos currículos das escolas médicas se impõem devido as constantes mudanças da sociedade, do avanço do conhecimento, da complexidade vivencial e das inovações na educação. Entretanto para a mudança

ser bem-sucedida é necessário um olhar especial aos momentos que envolvem os esforços dedicados aos atores que participam desta mudança. Recente estudo desenvolvido por Vick e colaboradores ¹¹¹, nos EUA, destacam que o objetivo da educação médica é cultivar uma força de trabalho com as perspectivas, aptidões e habilidades necessárias para abastecer as instituições de saúde responsivas à comunidade. Desta forma um compromisso com a diversidade precisa ser feito.

Este estudo procurou fornecer orientações àqueles que dirigem as iniciativas de mudança curricular (macro mudanças) nas escolas de medicina, sejam elas relativas ao planejamento, a implantação e, também, na institucionalização. Os fatores que fortalecem ou enfraquecem os processos de mudanças emergiram nas reflexões dos docentes das duas IES. ¹¹²

Surgem como fatores importantes as características históricas de mudança institucional, mas também, a política interna, como a alocação de recursos, estrutura organizacional, o clima cooperativo dos docentes, a complexidade da inovação, a capacitação docente prévia, uma boa comunicação, o entendimento da queda de desempenho nos momentos iniciais da mudança e o reconhecimento das lideranças.

^{113,114}

Entretanto é preciso estar atento, pois mudanças na educação médica, podem produzir efeitos negativos no bem-estar e na saúde mental dos seus estudantes. Os novos modelos educacionais que utilizem metodologias centradas no aluno, referidas como ativas de ensino aprendizagem, devem prover mecanismos de defesa, no sentido de mitigar estes efeitos da mudança. Assim, é preciso acompanhar mais de perto estes discentes oferecendo suporte como mentoria e coaching, por exemplo. ^{115,116}

Toda transformação curricular deve ser uma construção coletiva envolvendo os diversos atores que participam de funções didáticas e os colaboradores da instituição de ensino. Afinal ela é complexa e multifacetada. Aborda desde mudanças pedagógicas, mudanças nos cenários de prática e, principalmente, mudanças que envolvem a atenção básica a saúde. ¹¹⁷ As reflexões manifestadas pelos docentes das duas Instituições de Ensino Superior (IES) deixam claro que há uma distância (*gap*) entre o projeto pedagógico do curso (PPC) e as diretrizes curriculares nacionais (DCN). Este pode ter ocorrido pelo distanciamento entre o processo de discussão e revisão curricular (macro alterações curriculares) e aqueles que o efetivam, sem promover alterações específicas (micro alterações) que envolvam

extensamente os docentes. Essa situação reforça o que a literatura recomenda, que é a ampla participação da comunidade nas mudanças de currículo, acompanhada pela preparação do corpo docente para novas metodologias de ensino aprendizagem sugeridas nas DCN. ¹¹⁸⁻¹²⁰

As reflexões docentes expõem, de maneira clara, que a desvalorização do trabalho médico acaba refletindo na prática do ensino médico. O fato de as unidades básicas de saúde não terem estrutura adequado para este ensino é outro fator negativo na percepção docente, que desestimula sua adesão à proposta. Esse fato se destaca nos diversos níveis do ensino médico. ¹²¹⁻¹²³

A percepção diferenciada dos docentes, quanto ao alinhamento do PPC e as DCN, nas duas IES decorre do fato de que a mudança na IES 2 ocorreu a mais tempo e, por isso, os docentes já se adequaram melhor à metodologia ativa de ensino aprendizagem.

Do ponto de vista discente, os alunos não demonstraram ter uma visão negativa das novas metodologias de ensino aprendizagem, mas destacaram que são necessárias algumas mudanças e adaptações. As mudanças têm que ocorrer por parte dos alunos, professores e da instituição. ^{124,125}

Os estudantes dos cursos de medicina parecem estranhar as metodologias de ensino aprendizagem ativas, demonstrando estarem ainda muito atrelados ao modelo de ensino tradicional, onde a responsabilidade pelo “direcionamento” sobre o que deve ser estudado é do professor. Entretanto, reconhecem que no modelo tradicional os alunos não participam de maneira ativa no processo metodológico de ensino e muito menos do processo de avaliação. ¹¹³.

Para que os jovens médicos pratiquem a integralidade (tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento) na atenção à saúde é preciso avançar e superar antigas dicotomias: UBS/Hospitais, cuidados individuais/cuidados coletivos ou familiares, ações preventivas/ações curativas, olhar a enfermidade/olhar a doença e atenção primária a saúde/atenção especializada. O cuidado em saúde exige inter e transdisciplinaridade e uso de recursos de forma integrada e holística, em variados níveis de assistência no espectro da prevenção à recuperação da saúde. A discussão acerca das mudanças que queremos na formação dos profissionais de saúde, incluindo e em especial do médico, deve passar obrigatoriamente pela aproximação das reais necessidades da população., apesar de serem polemicas e até conflituosas.

O processo formativo deve buscar corrigir o descompasso existente entre a necessidade de uma formação humanizada e centrada na pessoa com o conceito ampliado de saúde. O fortalecimento do binômio ensino-serviço deve ser prioritário, reorientando as práticas médicas com um modelo de atenção que o mundo contemporâneo exige e recomenda, valorizando as relações interpessoais e sua relevância no cuidado, em conjunto com a qualidade do cuidado e até a prevenção quaternária, quando indicada e necessária.

Para que assim seja, as ações que visam nortear esta formação profissional devem ser de conhecimento pleno, por todos aqueles, que estão envolvidos com ensino em saúde, como gestores acadêmicos, gestores governamentais, docentes, colaboradores das instituições de ensino superior e discentes.

O ideário básico proposto nas DCN, a flexibilização curricular, permite que as normativas destas, sejam incorporadas nos projetos pedagógicos objetivando favorecer um perfil de futuros profissionais que tenham agregado o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao entendimento da complexidade das relações humanas e dos processos de desenvolvimento de recursos humanos para os serviços de saúde públicos e privados.

O presente trabalho representa um recorte da problemática enfocada, o alinhamento dos PPC com as DCN, sem a pretensão de trata-la na sua totalidade. Nas reflexões aqui contempladas, destaca-se a relevância da mudança de paradigma nos processos pedagógicos das IES, assim como de sua concepção de saúde, de forma a propiciar a formação de profissionais médicos que ofereçam uma assistência à saúde resolutiva e contextualizada com as realidades sociais.

6. CONCLUSÕES

Nossos resultados evidenciaram que há uma diferença de alinhamento dos projetos pedagógicos do curso de medicina das instituições às DCN 2001, que se manifestam em todas as dimensões curriculares, dos serviços de saúde nos três níveis e da infraestrutura, exceto na estrutura de laboratórios. As duas escolas, em momentos e de maneira diferentes, independente do modelo educacional adotado incorporaram o arcabouço das diretrizes curriculares nacionais gradativamente em seus projetos pedagógicos.

As reflexões manifestadas pelos docentes das duas Instituições de Ensino Superior (IES) deixam claro que há uma distância (*gap*) entre o projeto pedagógico do curso (PPC) e as diretrizes curriculares nacionais (DCN). Destaca-se, também, que a maioria dos docentes desconhecem as DCN e tampouco demonstram interesse em conhecê-las. O conhecimento dos arcabouços legais e teóricos que orientam os PPC e devem inspirar as atividades docentes é raro. As entrevistas com os docentes revelaram que a sua ação é determinada mais pelo seu próprio perfil do que pelo plano de ensino. Assim, mesmo na IES com metodologia ativa descrita no seu PPC, o professor utiliza, à revelia, o recurso das aulas expositivas, centradas no professor. Por fim, os docentes da IES 1 reconhecem que o PPC ainda não está alinhado nem com as DCN de 2001, quiçá com as de 2014, apesar de que muito já foi feito neste sentido, pois alguns professores, mesmo com certas limitações tem tentado utilizar algumas metodologias centradas no aluno.

Os alunos não demonstraram ter uma visão negativa das novas metodologias de ensino aprendizagem, mas destacaram que são necessárias algumas mudanças e adaptações. As mudanças têm que ocorrer por parte dos alunos, professores e da instituição. Os alunos, principalmente do sexto ano, consideraram que o currículo das IES os capacitava para a vida profissional. Demonstraram sentir insegurança para o início da vida profissional, mas acreditavam ser comum a todos os alunos, incluindo os de instituições que utilizam metodologia tradicional, quanto aquelas com metodologias ativas de ensino aprendizagem. Percebemos que apesar de a maioria dos discentes não conhecerem as Diretrizes Curriculares Nacionais, acreditavam que o currículo do curso deles estava parcialmente alinhado com esse documento.

Finalmente, mas não menos importante, os alunos das duas IES reconhecem que a reforma educacional deve ser baseada em sistemas que objetivem melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. A interdependência entre a instituição e a rede de atendimento em saúde nas comunidades, propiciam aos alunos a observação dos fluxos de pacientes, trabalho em equipe e favorecem uma maior aprendizagem no cuidado dos pacientes. Em breve as instituições não terão “muros ou paredes” e a formação dos estudantes de medicina ocorrerão em todas as instalações relacionadas com cuidados em saúde disponíveis nas comunidades. Já as atividades profissionais serão avaliadas com mais frequência e em diferentes pontos da trajetória do aprendizado.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JA, Carvalho MP, Barreto MAM, Alves FA. Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. *REMPEC Ensino Saúde Ambient.* 2010;3(1):78–90.
2. Chan S. Applications of andragogy in multi-disciplined teaching and learning. *J Adult Educ.* 2010;39(2):25–35.
3. Ozuah PO. First, there was pedagogy and then came andragogy. *Einstein J Biol Med.* 2016;21(2):83–7.
4. Henschke JA. Considerations regarding the future of andragogy. *Adult Learn.* 2011;22(1):34–7.
5. Henschke, Cooper MK. New linkages for andragogy and human resources development. In: *Academy of Human Resource Development International Research Conference.* Missouri: University of Missouri; 2004.
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001.. *Diário Oficial da União.* Brasília, 8 jun. 2001; Seção 1, p. 37.
7. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada.* New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin number four).
8. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Méd.* 2008;32(4):492–9.
9. Barzansky B. Abraham Flexner and the era of medical education reform. *Acad Med.* 2010;85(9 suppl.):S19-25.
10. Siqueira B. CINAEM: um pouco de sua história. *Cad ABEM.* 2006;2(jun):54–6.
11. Amaral J. *Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS [dissertação].* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
12. Strobel J, Barneveld A. When is PBL more effective? A meta-synthesis of meta-analyses comparing PBL to conventional classrooms. *Interdiscip J Probl Learn.* 2009;3(1):44–58.
13. Malan SB, Ndlovu M, Engelbrecht P. Introducing problem-based learning (PBL) into a foundation programme to develop self-directed learning skills. *S Afr J*

- Educ. 2014;34(1):1–16.
14. Bate E, Taylor DCM. Twelve tips on how to survive PBL as a medical student. *Med Teach*. 2013;35(2):95–100.
 15. Burgess A, Ayton T, Mellis C. Implementation of team-based learning in year 1 of a PBL based medical program: a pilot study. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):49.
 16. Kolmos A. Premises for changing to PBL. *Int J Sch Teach Learn*. 2010;4(1):1–7.
 17. Hmelo-Silver CE. Problem-based learning: what and how do students learn? *Educ Psychol Rev*. 2004;16(3):235–66.
 18. Turan S, Elcin M, Odabaşı O, Ward K, Sayek I. Evaluating the role of tutors in problem-based learning sessions. *Procedia Soc Behav Sci*. 2009;1(1):5–8.
 19. Taglin SA. Piaget's tests in contemporary animal psychology. *J Russ East Eur Psychol*. 1994;32(4):79–88.
 20. Piaget J. Part I: Cognitive development in children: Piaget development and learning. *J Res Sci Teach*. 1964;2:176–86.
 21. Beckett KS. Paulo Freire and the concept of education. *Educ Philos Theory*. 2013;45(1):49–62.
 22. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):780–8.
 23. David HL, Camargo Jr KR. Prática avaliativa na atenção básica: revisitando a pedagogia da problematização. *Rev Enferm UERJ*. 2013;21(esp.1):677–81.
 24. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semin Ciênc Soc Hum*. 2011;32(1):25–40.
 25. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):172–7.
 26. Maia JA. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2014;38(4):566–74.
 27. Michaelsen L, Parmelee D, McMahon K. Team-based learning for health professions education: a guide to using small groups for improving learning. *Korean J Med Educ*. 2008;25(2):169–70.
 28. Parmelee D, Michaelsen LK, Cook S, Hudes PD. Team-based learning: a practical guide: AMEE Guide no. 65. *Med Teach*. 2012;34(5):275–87.
 29. Koles PGP, Stolfi A, Borges NJN, Nelson S, Parmelee DX. The impact of team-

- based learning on medical students' academic performance. *Acad Med.* 2010;85(11):1739–45.
30. Hrynchak P, Batty H. The educational theory basis of team-based learning. *Med Teach.* 2017;34(10):796–801.
 31. Haidet P, Kubitz K, McCormack WT. Analysis of the team-based learning literature: TBL comes of age. *J Excell Coll Teach.* 2014;25(3/4):303–33.
 32. Bermúdez-García A, Mory-Arciniega C. Team Based-Learning (TBL) as a primary strategy for the development of generic competences in medical students: the Peruvian case. *Med Teach.* 2011;33(10):862.
 33. Fatmi M, Hartling L, Hillier T, Campbell S, Oswald AE. The effectiveness of team-based learning on learning outcomes in health professions education: BEME Guide no. 30. *Med Teach.* 2013;35(12):e1608-24.
 34. Norcini J. The power of feedback. *Med Educ.* 2010;44(1):16–7.
 35. Epstein ML, Lazarus AD, Calvano TB, Matthews KA, Hendel RA, Epstein BB, et al. Immediate feedback assessment technique promotes learning and corrects inaccurate first responses. *Psychol Rec.* 2002;52(2):187–201.
 36. Michaelsen LK, Sweet M. The essential elements of team-based learning. *New Dir Teach Learn.* 2008;2008(116):7–27.
 37. Hazel SJ, Heberle N, McEwen M-M, Adams K. Team-Based learning increases active engagement and enhances development of teamwork and communication skills in a first-year course for veterinary and animal science undergraduates. *J Vet Med Educ.* 2013;40(4):333–41.
 38. Parmelee DX, Michaelsen LK. Twelve tips for doing effective Team-Based Learning (TBL). *Med Teach.* 2010;32(2):118–22.
 39. Parmelee DX, Hudes P. Team-based learning: A relevant strategy in health professionals' education. *Med Teach.* 2012;34(5):411–3.
 40. Suno M, Yoshida T, Koyama T, Zamami Y, Miyoshi T, Mizushima T, et al. [Effectiveness of Team-Based Learning (TBL) as a new teaching approach for pharmaceutical care education]. *Yakugaku Zasshi.* 2013;133(10):1127–34.
 41. Haidet P, Levine RE, Parmelee DX, Crow S, Kennedy F, Kelly PA, et al. Perspective: Guidelines for reporting team-based learning activities in the medical and health sciences education literature. *Acad Med.* 2012;87(3):292–9.
 42. Abdelkhalek N, Hussein A, Gibbs T, Hamdy H. Using team-based learning to prepare medical students for future problem-based learning. *Med Teach.*

- 2017;32(2):123–39.
43. Stewart AJ, Plotkin JB. Small groups and long memories promote cooperation. *Sci Rep.* 2016;6:26889.
 44. Yoshioka T. PBL tutorial: new evolutions. *J Japan Med Libr Assoc.* 2007;54(1):28–34.
 45. Nara N, Suzuki T, Tohda S. The current medical education system in the world. *J Med Dent Sci.* 2011;58(2):79–83.
 46. Azer SA. Challenges facing PBL tutors: 12 tips for successful group facilitation. *Med Teach.* 2005;27(8):676–81.
 47. Azer SA. Introducing a problem-based learning program: 12 tips for success. *Med Teach.* 2011;33(10):808–13.
 48. Kassab SE, Hassan N, Abu-Hijleh MF, Siqueira RP. Lecturing skills as predictors of tutoring skills in a problem-based medical curriculum. *Adv Med Educ Pr.* 2016;7:1–6.
 49. Shin JH, Haynes RB, Johnston ME. Effect of problem-based, self-directed undergraduate education on life-long learning. *Can Med Assoc J.* 1993;148(6):969–76.
 50. Yardimci F, Bektaş M, Özkütük N, Muslu GK, Gerçeker GÖ, Başbakkal Z. A study of the relationship between the study process, motivation resources, and motivation problems of nursing students in different educational systems. *Nurse Educ Today.* 2017;48:13–8.
 51. Gholami M, Moghadam PK, Mohammadipoor F, Tarahi MJ, Sak M, Toulabi T, et al. Comparing the effects of problem-based learning and the traditional lecture method on critical thinking skills and metacognitive awareness in nursing students in a critical care nursing course. *Nurse Educ Today.* 2016;45:16–21.
 52. Cohen-Schotanus J, Muijtjens AMM, Schönrock-Adema J, Geertsma J, Vleuten CPM. Effects of conventional and problem-based learning on clinical and general competencies and career development. *Med Educ.* 2008;42(3):256–65.
 53. Schauber SK, Hecht M, Nouns ZM, Kuhlmeier A, Dettmer S. The role of environmental and individual characteristics in the development of student achievement: a comparison between a traditional and a problem-based-learning curriculum. *Adv Heal Sci Educ.* 2015;20(4):1033–52.
 54. Bonwell CC, Eison JA. Active learning: creating excitement in the classroom. ASHE- ERIC Higher Education Report n^o 1. Washington (D.C.): The George

- Washington University, School of Education and Human Development; 1991. 128 p.
55. Sayyah M, Shirbandi K, Saki-Malehi A, Rahim F. Use of a problem-based learning teaching model for undergraduate medical and nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Adv Med Educ Pract.* 2017;8:691–700.
 56. Zhang Y, Zhou L, Liu X, Liu L, Wu Y, Zhao Z, et al. The effectiveness of the problem-based learning teaching model for use in introductory Chinese undergraduate medical courses: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(3):e0120884.
 57. Norman GR, Schmidt HG. Effectiveness of problem based learning curricula: theory, practice and paper darts. *Med Educ.* 2000;34(9):721–8.
 58. Mamede S, Schmidt HG, Norman GR. Innovations in problem-based learning: What can we learn from recent studies? *Adv Health Sci Educ.* 2006;11(4):403–22.
 59. Albanese MA, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med.* 1993;68(1):52–81.
 60. Colliver JA. Effectiveness of problem-based learning curricula: research and theory. *Acad Med.* 2000;75(3):259–66.
 61. Newman MJ. Problem-based learning: an introduction and overview of the key features of the approach. *J Vet Med Educ.* 2005;32(1):12–20.
 62. Vernon DT, Blake RL. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med.* 1993;68(7):550–63.
 63. Norman G. Problem-based learning makes a difference. But why? *Can Med Assoc J.* 2008;178(1):61–2.
 64. Dochy F, Segers M, Van den Bossche P, Gijbels D. Effects of problem-based learning: a meta-analysis. *Learn Instr.* 2003;13(5):533–68.
 65. Dolmans D, Gijbels D. Research on problem-based learning: Future challenges. *Med Educ.* 2013;47(2):214–8.
 66. Choi E, Lindquist R, Song Y. Effects of problem-based learning vs. traditional lecture on Korean nursing students' critical thinking, problem-solving, and self-directed learning. *Nurse Educ Today.* 2014;34(1):52–6.
 67. Wardley CS, Applegate EB, Almaleki AD, Van Rhee JA. A comparison of students' perceptions of stress in parallel problem-based and lecture-based curricula. *J Phys Assist Educ.* 2016;27(1):7–16.

68. Ristoff D, Giolo J. O Sinaes como sistema. *Rev Bras Pós-Grad.* 2006;3(6):193–213.
69. Barreyro GB, Rothen JC. “SINAES” contraditórios: considerações sobre a elaboração e implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. *Educ Soc.* 2006;27(96 esp.):955–77.
70. Dias Sobrinho J. Qualidade, avaliação: do SINAES a índices. *Avaliação (Campinas).* 2008;13(3):817–25.
71. Hess NCL, Carlson DJ, Inder JD, Jesulola E, Mcfarlane JR, Smart NA. Clinically meaningful blood pressure reductions with low intensity isometric handgrip exercise. A randomized trial. *Physiol Res.* 2016;65(3):461–8.
72. Yin RK. *Case study research: design and methods.* 5th ed. London: Sage; 2014. (Applied Social Research Methods Series, v. 5).
73. Ingleby E. Research methods in education. *Prof Dev Educ.* 2012;38(3):507–9.
74. Creswell J, Shope R, Clark VLP, Green DO. How interpretive qualitative research extends mixed methods research. *Res Sch.* 2006;13(1):1–11.
75. Boni V, Quaresma SJ. *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.* Em Tese. 2005;2(3):68–80.
76. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia.* 2004;14(28):139–52.
77. Rover OJ. O método científico em Ciências Sociais: dos documentos, questionários e entrevistas à análise de enunciados. *Grifos.* 2014;21(32/33):13.
78. Valladares L. Os dez mandamentos da observação participante. *Rev Bras Ciênc Soc.* 2007;22(63):153–5.
79. Haddad AE, Ristoff D, Passarella TM. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 162 p.
80. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5):611–4.
81. André MEDA. Texto, contexto e significados: Algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cad Pesq.* 1983;(45):66–71.
82. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Context Enferm.* 2006;15(4):689–84.
83. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1979.
84. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. *Análise de conteúdo: considerações*

- gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf Soc.* 2014;24(1):13–8.
85. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(3):621–6.
 86. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar.* 2004;(24):213–25.
 87. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(3):507–14.
 88. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qual Rev Eletrônica.* 2015;17(1):1–14.
 89. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. *Rev Bras Educ Méd.* 2007;31(2):156–65.
 90. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 20 de junho de 2014.. *Diário Oficial da União.* Brasília, 21 jun. 2014; Seção 1, p. 8–11..
 91. Johnstone C, Proctor D. Aligning institutional and national contexts with internationalization efforts. *Innov High Educ.* 2018;43(1):5–16.
 92. O’Neill M, Slater A, Sapp DG. Writing and the undergraduate curriculum: using assessment evidence to create a model for institutional change. *New Direct Teach Learn.* 2018;2018(155):97–104.
 93. Stella RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social.* São Paulo: Editora Unifesp; 2008. p. 53–69.
 94. Silva LR. UNESCO: os quatro pilares da “Educação pós-moderna”. *Inter-Ação Rev Fac Educ.* 2008;33(2):359–78.
 95. Abdalla IG, Stella RCR, Perim GL, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Costa NMSC. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(1 suppl 1):44–52.
 96. Blouin D, Tekian A, Kamin C, Harris IB. The impact of accreditation on medical schools’ processes. *Med Educ.* 2018;52(2):182–91.
 97. Nichols A. *Managing educational innovations.* London: Taylor & Francis; 1983.
 98. Irby DM, Wilkerson L. Educational innovations in academic medicine and environmental trends. *J Gen Intern Med.* 2003;18(5):370–6.

99. Fullan MG, Stiegelbauer S. The new meaning of educational change. New York: Springer; 1991.
100. Tierney WG, Lanford M. Institutional Culture in Higher Education. In: Shin JC, Teixeira, P E, organizadores. Encyclopedia of International Higher Education Systems and Institutions. Dordrecht: Springer Netherlands; 2018. p. 1–9.
101. Markee N, Numa M. Managing curricular innovation. Cambridge: Cambridge University; 1997.
102. Recktenvald M. Requisitos legais e normativos e organização didático-pedagógica da avaliação dos cursos de graduação: análise das tendências de regulação. In: XVI Coloquio Internacional de Gestión Universitaria - CIGU. Arequipa: Gestión de la Investigación y Compromiso Social de la Universidad; 2016. p. 17.
103. Brasil. Ministério da Educação. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES. Instrumento de Avaliação Institucional Externa: subsidia os atos de credenciamento, recredenciamento e transformação da organização acadêmica (presencial). Brasília (DF): Ministério da Educação; 2014. 36 p.
104. Verhine R. Evaluation and regulation of higher education: an analysis based on the first 10 years of SINAES. Avaliação (Campinas). 2015;20(3):603–19.
105. Frank JR, organizador. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
106. Davis MH, Harden RM. Planning and implementing an undergraduate medical curriculum: the lessons learned. Med Teach. 2003;25(6):596–608.
107. Hiss RG, Peirce JC. A strategy for developing educational objectives in medicine: problem-solving skills. J Med Educ. 1974;49(7):660–5.
108. General Medical Council. Tomorrow's Doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. Manchester: General Medical Council; 2016. 100 p.
109. Association of American Medical Colleges and the American Medical Association. The Liaison Committee on Medical Education. Functions and structure of a Medical School. Washington (DC): Association of American Medical Colleges and the American Medical Association; 2018. 35 p.
110. Goswami U. Neuroscience and education. Br J Educ Psychol. 2004;74(1):1–14.
111. Vick AD, Baugh A, Lambert J, Vanderbilt A, Ingram E, Garcia R, et al. Levers of

- change: a review of contemporary interventions to enhance diversity in medical schools in the USA. *Adv Med Educ Pract.* 2018;9:53–61.
112. Mawdsley A, Willis S. Exploring an integrated curriculum in pharmacy: educators' perspectives. *Curr Pharm Teach Learn.* 2018;373–81.
 113. Englund C, Olofsson A, Price L. The influence of sociocultural and structural contexts in academic change and development in higher education. *High Educ.* 2018;1–19.
 114. Wilcox KC, Lawson HA. Teachers' agency, efficacy, engagement, and emotional resilience during policy innovation implementation. *J Educ Chang.* 2018;19(2):181–204.
 115. Sharma M, Pinto AD, Kumagai AK. Teaching the social determinants of health: a path to equity or a road to nowhere? *Acad Med.* 2018;93(1):25–30.
 116. Tabibnia G, Radecki D. Resilience training that can change the brain. *Consult Psychol J.* 2018;70(1):59–88.
 117. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Medicine as a community of practice: implications for medical education. *Acad Med.* 2018;93(2):185–91.
 118. Alves CL, Belisário SA, Abreu DMX, Lemos JMC, D'ávila LS, Goulart LMHF. Curricular transformations in medical school: an exploration of the promotion of change in Brazil. *Med Educ.* 2013;47(6):617–26.
 119. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med.* 2014;89(4):573–7.
 120. Bland CJ, Starnaman S, Wersal L, Moorhead-Rosenberg L, Zonia S, Henry R. Curricular change in medical schools: how to succeed. *Acad Med.* 2000;75(6):575–94.
 121. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2014;18(49):313–24.
 122. Merhy EE, Ana R. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2004;169(16):172–4.
 123. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(1):7–18.
 124. Melo BC, Sant'Ana G. A prática da metodologia ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino- aprendizagem. *Com Ciências*

- Saúde. 2012;23(4):327–39.
125. Morán J. Mudando a educação com metodologias ativas. In: Souza CA, Morales OET, organizadores. Coleção Mídias Contemporâneas Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Ponta Grossa: Foca Foto-PROEX/UEPG; 2015. p. 15–33.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP FMJ



FACULDADE DE MEDICINA
JUNDIAÍ

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Alinhamento do projeto político pedagógico de cursos de medicina com as diretrizes curriculares nacionais em diferentes modelos curriculares.

Pesquisador: CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA

Versão: 1

CAAE: 62459816.5.3001.5412

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Jundiaí

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Alinhamento do projeto político pedagógico de cursos de medicina com as diretrizes curriculares nacionais em diferentes modelos curriculares. que tem como pesquisador responsável CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA, foi recebido para análise ética no CEP Faculdade de Medicina de Jundiaí em 13/12/2016 às 17:03.

Endereço: Rua Francisco Telles, 250

Bairro: Vila Arens

CEP: 13.202-550

UF: SP

Município: JUNDIAI

Telefone: (11)3395-2120

Fax: (11)3395-2100

E-mail: cep@fmj.br

ANEXO B. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PUCSP

FCMS - PUCSP



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Alinhamento do projeto político pedagógico de cursos de medicina com as diretrizes curriculares nacionais em diferentes modelos curriculares.

Pesquisador: CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA

Versão: 1

CAAE: 62459816.5.0000.5373

Instituição Proponente: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 124259/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Alinhamento do projeto político pedagógico de cursos de medicina com as diretrizes curriculares nacionais em diferentes modelos curriculares, que tem como pesquisador responsável CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA, foi recebido para análise ética no CEP Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – FCMS - PUC/SP em 29/11/2016 às 8:26.

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

ANEXO C - SUBMISSÃO DO 1º ARTIGO

Revista Brasileira de Educação Médica

Author

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to

Revista Brasileira de Educação Médica

Manuscript ID

RBEM-2018-0203

Title

“ALINHAMENTO DE DIFERENTES PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE MEDICINA COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS”.

Authors

de Oliveira, Carlos
Amaral, Eliana
Senger, Maria Helena
Ezequiel, Oscarina

Date Submitted**Author Dashboard**

26-Sep-2018

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

ANEXO D - SUBMISSÃO DO 2º ARTIGO

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Manuscript ID

ICSE-2018-0569

Title

"PERCEPÇÕES DOCENTES SOBRE O ALINHAMENTO DE DIFERENTES PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSO DE MEDICINA COM AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS"

Authors

de Oliveira, Carlos

Amaral, Eliana

Date Submitted

01-Oct-2018

Author Dashboard

10/1/2018

ScholarOne Manuscripts

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)