

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro De Ciências Biológicas e Da Saúde
Departamento de Medicina

DÊNIS ALVES PARENTE

**APRENDIZADO ORIENTADO POR COMPETÊNCIAS NA GRADUAÇÃO DE
MEDICINA: REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO**

SÃO CARLOS-SP
2022

DÊNIS ALVES PARENTE

**APRENDIZADO ORIENTADO POR COMPETÊNCIAS NA GRADUAÇÃO DE
MEDICINA: REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
como requisito parcial para a obtenção do grau de
Bacharel em Medicina, pela Universidade Federal
de São Carlos.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira

SÃO CARLOS-SP

2022

DÊNIS ALVES PARENTE

**APRENDIZADO ORIENTADO POR COMPETÊNCIAS NA GRADUAÇÃO DE
MEDICINA: REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina, pela Universidade Federal de São Carlos.

Orientado pelo Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira.

Aprovado em 20 de fevereiro de 2023

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira
Universidade Federal de São Carlos/Departamento de Medicina

Dedico este trabalho aos meus amados pais:
Tarcizio Alves Parente e Izabel de Oliveira Parente
(In memorian)

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos primeiramente a Deus pela dádiva da vida, à minha amada esposa, Kelly, e à minha sogra Neusa pela parceria e compreensão durante esta longa jornada; pois, sem elas, não teria chegado à conclusão do curso de medicina e ao término deste trabalho.

Agradeço ao professor Dr. Gustavo Nunes de Oliveira pela colaboração na realização deste trabalho e pela orientação em outras atividades ao longo dos anos.

Desejo agradecer aos meus nobres colegas do grupo de internato: Arthur, Rafael, Pedro, Vinícius e Zenedine pela parceria e excelente convívio ao longo dos anos e por terem tornado o trabalho diário mais leve.

Uma longa jornada começa com um único passo.

(Lao Tsé)

RESUMO

Trata-se de exercício crítico-reflexivo acerca do processo de ensino médico baseado em competências, dialogando com revisão narrativa acerca da evolução do ensino médico no Brasil, sob o olhar de estudante do sexto ano do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Propõe paralelos entre a experiência discente e as competências listadas no Projeto Político Pedagógico do curso, procurando dar destaque ao processo de aquisição, na prática, dessas competências.

Palavras-chave: Educação médica. Ensino orientado por competência. Currículo médico baseado em competência. Formação de profissionais médicos.

ABSTRACT

This is a critical-reflexive exercise about the process of medical education based on competencies, dialoguing with narrative review about the evolution of medical education in Brazil, under the view of a sixth-year medical student at the Federal University of São Carlos (UFSCar). It proposes parallels between the student experience and the competencies listed in the Political Pedagogical Project of the course, seeking to highlight the process of acquiring these competencies in practice.

Keywords: Medical education. Competence-oriented teaching. Competence-based medical curriculum. Training of medical professionals.

LISTA DE SIGLAS

ACC – Atividade Curricular Complementar

ACIEPE - Atividade Curricular de Integração Ensino, Pesquisa e Extensão

ES – Estação de Simulação

HU – Hospital Universitário (Dr. Horácio Carlos Panepucci)

PPP – Projeto Político Pedagógico

PP – Prática Profissional

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RP – Reflexão da Prática Profissional

SP – Situação-Problema

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde Da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. BREVE HISTÓRICO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL.....	11
2.1. ALTERAÇÕES NO ENSINO MÉDICO: SÉCULOS XVI E XVII.....	11
2.2. ALTERAÇÕES NO ENSINO MÉDICO: SÉCULOS XVIII E XIX.....	12
2.3. RELATÓRIO FLEXNER.....	16
2.4. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SEUS IMPACTOS NA FORMAÇÃO MÉDICA.....	17
3. O CURRÍCULO ORIENTADO POR COMPETÊNCIAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS.....	18
3.1. ATIVIDADES CURRICULARES DO CURSO DE MEDICINA DA UFSCAR...	19
3.2. ÁREA DE COMPETÊNCIA: SAÚDE.....	20
3.2.1. Subárea: cuidado às necessidades individuais de saúde.....	20
3.2.2. Cuidado às necessidades coletivas de saúde.....	27
3.3. ÁREA DE COMPETÊNCIA: GESTÃO.....	28
3.3.1. Subárea: organização do trabalho em saúde.....	28
3.3.2. Subárea: gerência do cuidado.....	29
3.4. ÁREA DE COMPETÊNCIA: EDUCAÇÃO.....	30
3.4.1. Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas..	30
3.4.2. Promove a construção e socialização de conhecimento.....	31
4. CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

“Todos os fenômenos estão submetidos à mudança, apesar de sua natureza aparentemente estável” (WILSON, 1992, p.8). Dos primeiros físicos e cirurgiões, oriundos da escola de medicina de Coimbra no século XV, passando pela criação da primeira escola de medicina na Bahia em 1808 até a promulgação das novas diretrizes curriculares em 2014, o ensino médico no Brasil passa por significativas transformações.

As mudanças na formação médica decorrem e surgem como resposta às demandas resultantes de transformações ocorridas na própria sociedade. No mundo globalizado em que vivemos, as pessoas interagem com outros grupos e populações em ambientes variados que interferem nas suas condições de saúde: há o aumento constante e significativo na densidade populacional; a distribuição da faixa etária varia com o tempo; as pessoas lidam com fenômenos biológicos, psíquicos e sociais que surgem e se modificam como novos condicionantes do processo saúde-doença; o perfil epidemiológico das doenças muda, surgem novas enfermidades e pandemias e os conhecimentos médicos, tanto técnico como científico, evoluem a uma velocidade nunca antes vista na história (MACHADO; SAMPAIO; MACEDO; FIGUEIREDO; RODRIGUES; LOPES; LEITE, 2017). Por meio de marcos históricos e legais como a 8ª conferência nacional de saúde, a promulgação da constituição federal de 1988 e das leis orgânicas do SUS, o acesso universal à saúde passou a ser um direito da sociedade e um dever do estado, bem como a ser ofertado pelo Sistema Único De Saúde. Neste sentido, o programa saúde da família passou a ser estratégico para aumentar a oferta ao acesso à atenção básica. Isso causou um aumento na demanda de um perfil de médico mais generalista, o que requereu transformações nos currículos médicos vigentes. A partir dessas necessidades de transformações é que foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (STELLA; PUCCINI, 2008).

É neste contexto histórico que, em 2005, é aprovado o projeto do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com um currículo orientado por competências (UFSCar, 2007, p.4).

Esse trabalho visa apresentar uma reflexão sobre a experiência de um acadêmico de medicina durante o processo de formação baseada em um currículo orientado por competências.

2. BREVE HISTÓRICO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Antes de partirmos para a reflexão crítica do processo de aquisição de competências, faremos uma breve apresentação do contexto histórico do ensino médico no Brasil.

2.1. ALTERAÇÕES NO ENSINO MÉDICO: SÉCULOS XVI E XVII

Na época do Brasil colônia, o exercício da medicina era facultado a apenas 2 profissionais: os físicos e os cirurgiões. Os 'físicos', termo pelo qual eram conhecidos os médicos da época, já que a medicina era chamada de 'física' - "ciência que indagava, pela observação e pela experiência, dos corpos naturais" (Santos Filho, 1977, p. 277).

Os físicos eram formados pela faculdade de medicina de Coimbra no século XV, onde estudavam as obras de Galeno (pela manhã) e de Hipócrates (à tarde), eram portadores de um atestado de habilitação e licenciados pelos comissários da autoridade médica do reino - o físico-mor¹. Eles eram os médicos da coroa portuguesa e da câmara. A eles eram atribuídos o exame, o diagnóstico e as prescrições.

Havia também o cirurgião, figura considerada socialmente inferior em relação ao físico; era responsável pelos ofícios manuais, para os quais utilizava lancetas, tesouras, escalpelos, cautérios e agulhas. Também necessitava da licença expedida por comissários do cirurgião-mor² para atuarem (EDLER; FONSECA, 2006). Existiam outros profissionais ligados ao cuidado em saúde: o boticário, que adquiria seus conhecimentos nas boticas, espécie de farmácia da época. Sua função era preparar as mediações de acordo com a farmacopeia (compêndio farmacêutico nacional). Necessitava da carta de examinação, obtida após a

1. O físico-mor, cargo instituído pela coroa portuguesa, era responsável, no Brasil, pelo controle da medicina exercida por diferentes curadores, como físicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores e parteiras. Cabia-lhe ainda fiscalizar as boticas e o comércio de drogas, devendo inspecionar periodicamente o estado de conservação dos estabelecimentos e dos medicamentos vendidos. Os comissários do físico-mor também constituíam juntas perante as quais prestavam exames os candidatos à carta de habilitação para o exercício da medicina (ABREU, 1900).

2. Os cirurgiões comissários do cirurgião-mor constituíam juntas examinadoras perante as quais prestavam exames os candidatos à carta de habilitação para o exercício da cirurgia (ABREU, 1900).

submissão a um exame junto aos comissários do físico-mor, para o exercício do ofício; por último, havia também os barbeiros, que, além dos cortes de cabelos e barbas, realizavam sangrias, aplicação de ventosas, aplicação de sanguessugas, faziam curativos e extraíam dentes. No princípio da colonização, eram portugueses e castelhanos e, no século XVIII, já havia negros e mestiços desempenhando o ofício. Dos barbeiros, também era exigida a obtenção da carta de examinação para o exercício da atividade (EDLER; FONSECA, 2006)..

Os físicos, cirurgiões, barbeiros e boticários portugueses mantinham um relacionamento preconceituoso com os curandeiros indígenas e africanos da época. Apesar disso, os profissionais portugueses recolhiam informações sobre de que maneira os indígenas curavam as doenças que assolavam as populações locais. Além disso, imitavam, experimentavam e descreviam as propriedades terapêuticas das plantas medicinais usadas na época e as divulgavam em Portugal, o que ampliava o conhecimento médico. Mais tarde esse conhecimento, de alguma forma, retornava à colônia na forma de compêndios da farmacopeia, o que contribuía para a formação dos boticários locais e demais interessados no processo da cura (EDLER; FONSECA, 2006).

2.2. ALTERAÇÕES NO ENSINO MÉDICO: SÉCULOS XVIII E XIX

A educação, tanto em Portugal como no Brasil, até a reforma empreendida por Marquês de Pombal em 1759, do nível elementar ao superior, era estatal e religiosa. A igreja católica administrava as escolas e as instituições que formavam os professores eram religiosas (REGO, 2003).

No século XVIII, os Jesuítas, contrários aos interesses econômicos de expansão capitalista portuguesa, sendo opositores à escravização indígena, realizando intenso comércio sem o pagamento de impostos ao rei, e defendendo o feudalismo, são expulsos do império por Marquês de Pombal, propiciando a incorporação de elementos seculares a todo o sistema de ensino brasileiro, com impactos, inclusive, na estrutura da formação médica. Entre a mudanças no ensino médico estavam a exigência de conhecimento prévio do grego, da filosofia e o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira (inglês ou francês), antes do ingresso na medicina:

Cursaria, então, as matérias das faculdades de Filosofia e Matemática, matriculando-se, após os exames, no curso médico, composto de cinco cadeiras, uma em cada ano: matéria médica e farmácia, no primeiro; anatomia, prática das operações e arte obstétrica, no segundo; instituições (teoria médica) com a prática da medicina e da cirurgia no hospital, no terceiro; aforismos (de Hipócrates e Galeno), continuando com prática no hospital, no quarto ano; prática da medicina e da cirurgia, novamente no hospital, no quinto e último ano, findo o qual submetia-se a exame perante todos as lentes³, recebendo, se aprovado, o grau de 'bacharel em Medicina e cirurgia (Santos Filho, 1977: 291).

Em 1808, com a chegada da família real portuguesa, são criados os 2 primeiros cursos de medicina do país, sob a forma de cadeiras: primeiro, em Salvador (Escola de Cirurgia da Bahia) e; em seguida, no Rio de Janeiro (A Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro). O currículo inicialmente proposto abarcava as disciplinas de anatomia e fisiologia, sendo posteriormente ampliado, passando a abranger as disciplinas de fisiologia, terapêutica cirúrgica e particular, medicina cirúrgica e obstétrica, química e elementos da matéria médica e de farmácia ((EDLER; FONSECA, 2006).

Em 1813, o projeto "Bom será", de autoria do médico da Real câmara, Manuel Luíz Álvares de Carvalho, transforma as escolas médicas do Rio de Janeiro e da Bahia em academias médico-cirúrgicas e também propõe a adoção de normas próprias para o seu funcionamento, tendo em vista que as escolas ainda eram regidas pela Universidade de Coimbra. Como requisitos para o ingresso no curso de medicina, os alunos precisavam ter o conhecimento da língua inglesa; o curso passava a ter a duração de 5 anos e currículo composto pelas seguintes disciplinas:

- 1º ano - anatomia geral, química farmacêutica e noções de farmácia;
- 2º ano - anatomia (repetição) e fisiologia;
- 3º ano - higiene, etiologia, patologia, terapêutica;
- 4º ano - instrução cirúrgica e operações, arte obstétrica (teoria e prática);
- 5º ano - medicina, arte obstétrica (repetição).

Ao cursar os 5 anos, o aluno recebia o título de cirurgião aprovado, título que lhe permitia atuar apenas no âmbito da cirurgia, realizando sangrias, cura de fraturas, aplicação de ventosas, cura de feridas e etc. Aos que, além de cursarem os 5 anos, também repetissem as disciplinas do 4º e 5º anos, recebiam o título de

³ Como eram conhecidos os professores universitários na época.

cirurgião formado, o qual habilitava para realizar tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos, o que incluía o direito de tratar todas as enfermidades onde não houvesse cirurgiões licenciados na Europa (REGO, 2003).

A autonomia das academias médico-cirúrgicas foi estabelecida pelo decreto imperial, em 1826, que conferia às escolas médicas brasileiras o direito de emitirem os diplomas, rompendo com a subordinação à Coimbra e ao físico-mor (ABREU, 1900).

A lei de 3 de outubro de 1832, transforma as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia em faculdades de medicina, aumenta a duração do curso médico-cirúrgico para seis anos, havendo, de foma paralela, um curso de farmácia (três anos), e um curso de obstetrícia (dois anos), ao fim dos quais eram conferidos os diplomas, respectivamente, de doutor em medicina, farmacêutico e parteira. Eram exigidos como requisitos para o ingresso no curso de medicina a idade de 16 anos completos, o conhecimento de latim, de inglês ou francês, de filosofia racional, aritmética, de geometria e a apresentação de um atestado de bons costumes. O currículo era o seguinte:

- 1° ano — física médica, botânica médica e princípios elementares de zoologia;
- 2° ano — química médica e princípios elementares de mineralogia, anatomia geral e descritiva;
- 3° ano — anatomia, fisiologia;
- 4° ano — patologia externa, patologia interna, farmácia, matéria médica, terapêutica e arte de formular;
- 5° ano — anatomia topográfica, medicina operatória e aparelhos, partos, moléstias de mulheres pejudadas e paridas e de meninos recém-nascidos;
- 6° ano — higiene e história da medicina, medicina legal.

A partir de 1848, passou a não mais existir a distinção entre as competências do cirurgião e do médico; a ambos, passou a ser facultado o exercício de qualquer ramo da medicina.

No ano de 1884, os cursos médico e cirúrgico são unificados e passam a ter a duração estendida de 8 anos, com o currículo contemplando as seguintes disciplinas:

1o ano: física médica, química mineral e mineralogia médicas, botânica e zoologia médicas;
2o ano: anatomia descritiva, histologia teórica e prática, química orgânica e biológica;
3o ano: fisiologia teórica e experimental; anatomia e fisiologia patológicas, patologia geral;
4o ano: patologia médica, patologia cirúrgica, matéria médica e terapêutica, especialmente brasileira;
5o ano: obstetrícia, anatomia cirúrgica, medicina operatória e aparelhos, farmacologia e arte de formular; 6o ano: higiene e história da medicina, medicina legal e toxicologia;
7o ano: clínica médica de adultos, clínica cirúrgica de adultos, clínica obstetrícia e ginecológica;
8o ano: clínica médica e cirúrgica de crianças, clínica oftalmológica, clínica de moléstias cutâneas e sifilíticas, clínica psiquiátrica. (CUNHA, 1986: 102-103)

As bases teóricas do ensino médico no Brasil, no início do século XVIII, sofria forte influência das teorias francesas vigentes na época. Dentre elas, pode-se destacar basicamente três:

A teoria anatomoclínica - associava o conjunto de sintomas às lesões orgânicas, concebia a doença como alteração da “forma orgânica” e valorizava a observância dos sinais físicos, as quais revelavam a presença e as características da lesão fundamental;

A teoria fisiopatológica – “considerava a doença como uma alteração do processo energético e material sustentador da vida orgânica e valorizava a interpretação dos sintomas em oposição à descrição dos sinais físicos”. (FERREIRA, L. O., FONSECA, M. R. F.;EDLER, F. C, 2001);

A teoria etiológica – segundo ela, a doença era uma resultante determinada pelas características dos agentes específicos que a produziam. Dentre os agentes etiológicos, estavam substâncias tóxicas até organismos vivos.

As competências ensinadas aos futuros médicos eram a de identificação e classificação das doenças, de acordo com seus sinais. Além disso, era esperado que os médicos dominassem a “arte de formular”, ou seja, prescrever as medicações de forma adequada.

2.3. RELATÓRIO FLEXNER

No final do século XVIII e início do século XIX dos Estados Unidos, ocorria uma crítica ao ensino médico vigente. Naquele contexto, a Associação Médica Americana (AMA), contratou a Fundação Carnigie para o Progresso do Ensino para avaliar a qualidade dos cursos médicos da época. Para não haver viés de um estudo realizado por médicos criticando o trabalho de outros médicos, o que era visto como antiético, a Fundação Carnigie foi conduzida pelo químico e educador, Abraham Flexner, e produziu um relatório avassalador, o qual expunha a discrepância entre o nível de desenvolvimento das ciências médicas e do ensino médico; denunciava o desastroso sistema de educação médica de então (REGO, 2003). Nascia assim o relatório Flexner em 1910, que além da crítica ao ensino médico vigente, priorizava a formação científica de alto nível, o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas (com estímulo intenso à especialização médica), acreditava na possibilidade de se atingir o entendimento do ser humano pelo estudo de suas partes. Dentre outras alterações constantes do relatório Flexner estão:

- exigência da graduação de nível superior para o ingresso na faculdade de medicina e extensão do curso para quatro anos com mais um ano de internato após a graduação;
- obrigatoriedade do ensino laboratorial;
- estímulo à contratação de docentes, mesmo clínicos, em tempo integral;
- expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- vinculação das escolas médicas às universidades;
- ênfase na pesquisa biológica como forma de adequar a educação médica ao desenvolvimento das ciências médicas;
- estímulo à pesquisa e sua vinculação ao ensino (REGO, 2003).

Os impactos das mudanças advindas do relatório Flexner no ensino Brasil tornou-se mais evidente com a promulgação da lei da reforma universitária (Nº 5.540, DE 28 DE NOVEMBRO DE 1968) ocorrida em 1968, sobretudo com a publicação da Resolução nº8, de 8 de Outubro de 1969, fundamentada no parecer nº 506/69, a qual estabelecia o currículo mínimo e a duração mínima para o curso de medicina e o separava em ciclos básico e profissional, tal qual vemos na estrutura da maioria dos cursos de medicina ainda hoje, além de ter tornado obrigatório o ensino médico centrado nos hospitais. Para o ciclo básico, definia como disciplinas indispensáveis: noções de Biologia, ciências morfológicas e fisiológicas, agentes patogênicos animados, Imunologia e processos patológicos gerais. As disciplinas indicadas para o ciclo profissional eram fundamentos da relação médico-paciente, anamnese, semiologia e métodos diagnósticos complementares, aspectos clínicos,

cirúrgicos e anatomopatológicos das doenças, dos aparelhos e dos sistemas no adulto e na criança, doenças infecciosas e parasitárias, saúde da criança e da mulher, saúde mental, saúde coletiva, bases da técnica cirúrgica e da anestesia, aspectos legais e éticos sobre o exercício da Medicina.

2.4. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SEUS IMPACTOS NA FORMAÇÃO MÉDICA

Na década de 1970, o Movimento Sanitário surge para contrapor à ditadura militar e apoiar uma associação entre saúde pública e assistência médica em um único ministério (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014.)

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde esboça um projeto para a construção de um sistema público de saúde, alicerçado na premissa de que a saúde é direito de todos e dever do estado (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014).

A promulgação da constituição federal de 1988 e as leis orgânicas de 1990 estabelecem a legalidade do SUS (Sistema Único de Saúde). O Programa Saúde da Família (PSF) passou, então, a ser estratégico para a expansão da oferta de uma assistência em saúde baseada na prática clínica ampliada, integral, multidisciplinar e com visão holística dos determinantes biopsicossociais do processo saúde doença.

Por isso, o modelo de ensino médico inspirado nos preceitos do relatório Flexner que formava, e ainda forma em muitos cursos de medicina pelo país, profissionais voltados ao atendimento hospitalocêntrico, biologistas, individualizantes e com tendência à especialização intensa, passou a ser alvo de críticas e a ser visto como inadequado ao perfil do médico generalista que a expansão da atenção básica requeria.

Por isso, naquele contexto, era premente a reformulação do currículo de ensino médico no sentido de formar novos profissionais generalistas, aptos a atuarem na atenção básica, tendo um olhar ampliado sobre os determinantes de saúde, em harmonia com os preceitos do SUS. Houve um movimento de união todos os atores envolvidos na formação médica no sentido de se discutir propostas de mudanças no ensino médico. Foi quando a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e o Conselho Federal de Medicina junto com mais 9 instituições ligadas à profissão médica fundam a Comissão Interinstitucional Nacional de

Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), cuja finalidade era avaliar o ensino médico e o aperfeiçoamento do SUS.

A Cinaem lançou um projeto intitulado: “Transformação do Ensino Médico no Brasil” (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014.), que teve o apoio maciço das instituições de ensino médico. Deste projeto, após muita discussão, em 2001, foram elaboradas e, após, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, que tinham como premissas: integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde, o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento e o aprendizado baseado em competências.

3. O CURRÍCULO ORIENTADO POR COMPETÊNCIAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

No contexto do processo de expansão do ensino superior, no biênio 2005-2006, foi criado o curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em conformidade com o Ofício nº 2931/2005 MEC/SESu/DEDES, de 27 de abril de 2005 e o processonº 23000.013637/2005-84 e parecer CNE/CES nº 446/2005, de 14 de dezembro de 2005. Entre as justificativas usadas para a aprovação do funcionamento do curso, estava a proposição de um projeto político pedagógico que inovasse e, ao mesmo tempo, focasse na formação orientada por competência, além de utilizar a abordagem educacional construtivista.

O projeto político-pedagógico (PPP) da UFSCar contempla as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 para o ensino médico e fundamenta-se nos seguintes pressupostos:

1. Abordagem educacional construtivista;
2. Integração entre teoria-prática;
3. Currículo orientado por competência.

O conceito de competência, a qual o currículo se refere é produto da abordagem dialógica e fundamenta, do ponto vista teórico, o perfil do egresso do Curso de Medicina da UFSCar (UFSCar, 2007)

No processo de definição das competências que o novo egresso deveria adquirir, buscou-se entender o que professores e estudantes do Departamento de Medicina, o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, o grupo de implantação do Curso de Medicina, todas as universidades públicas do Estado de São Paulo com curso de medicina, associações médicas e de residentes, sindicato dos médicos, gestores de saúde e usuários, indicavam como sendo o médico competente.

Neste processo de consulta dos vários segmentos sociais ligados à atividade do ensino médico sobre o que seria o médico competente, organizou-se as várias ideias e agrupou-se as competências em três grandes áreas:

(i) saúde; (ii) gestão e (iii) educação. Cada área de competência, por sua vez, é subdividida em subáreas (UFSCar, 2007).

3.1. ATIVIDADES CURRICULARES DO CURSO DE MEDICINA DA UFSCAR

A fim de desenvolver as competências profissionais, o curso de Medicina da UFSCar oferece, do primeiro ao quarto anos, as seguintes atividades:

Situação-problema (SP) – essa atividade visa o fornecimento dos conhecimentos teóricos que formam a base para o entendimento dos aspectos biopsicossociais que são determinantes para o processo saúde doença. Nesta o aluno recebe casos clínicos elaborados por professores, alguns casos reais, e sobre eles elabora hipóteses e questões de aprendizado de acordo com as lacunas de conhecimento percebidas;

Prática profissional (PP) – essa atividade visa à interação entre teoria e prática. Nela nós somos inseridos desde o primeiro ano nos vários cenários de assistência à saúde do município, atendendo pacientes reais, visitando e conhecendo a realidade dos territórios em que os serviços estão inseridos. A princípio, nas unidades básicas de saúde da família, e depois nos hospitais e ambulatórios da cidade de São Carlos;

Reflexão da prática profissional (RP) - esta atividade tem o intuito de refletir sobre as situações vivenciadas na prática e, através dessa reflexão, utilizar os casos reais da prática, com a finalidade de produzir disparadores que servirão para busca de conhecimento na literatura;

Estação de simulação (ES) – simula situações reais, em ambiente educacional protegido. Nela, praticamos por intermédio das situações simuladas por atores, desde o primeiro ano, todos os aspectos práticos do atendimento médico;

Atividade curricular complementar (ACC). Esta atividade ocorre do segundo ao sexto anos. Nela, o aluno, orientado por um docente, escolhe uma atividade, uma espécie de estágio na área da saúde de interesse. Visa a integração entre teoria e prática, bem como suprir lacunas de conhecimento que o aluno e/ou o docente orientador tenham identificado durante o processo de formação.

No quinto e sexto anos, o internato que ocorre no Hospital universitário da UFSCar (Dr. Horácio Carlos Panepucci), na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, nas unidades de saúde da família da cidade e na unidade saúde escola (USE) da UFSCar.

As atividades (SP, PP, RP e ES) são realizadas em pequenos grupos, contendo de 6 a 9 alunos e 1 docente facilitador.

3.2. ÁREA DE COMPETÊNCIA: SAÚDE

3.2.1. Subárea: cuidado às necessidades individuais de saúde

Para alcançar esta competência, o curso estruturou todas as atividades, do primeiro ao sexto anos, sobre dois pilares: i) identificação das necessidades individuais de saúde e elaboração/avaliação de planos de cuidado.

Com relação a essa competência, é nítido para mim, como pude me desenvolver ao longo dos 6 anos por meio da participação em todas atividades do curso.

Nas situações problemas (SP) do primeiro ano, discutíamos, em grupo, os aspectos psicossociais determinantes de saúde dos vários ciclos de vida. Como o curso utiliza a metodologia ativa de aprendizado, tive que aprender a buscar o conhecimento. No início do curso, tive uma atividade ministrada pela biblioteca da

universidade, em que me capacitei sobre como fazer pesquisa em base de dados e periódicos de artigos científicos

Tive a oportunidade, por estímulo dos docentes facilitadores, de aprender a utilizar, como fonte para o estudo do desenvolvimento nos ciclos de vida, artigos científicos, livros didáticos, consultando as mais diversas bases de dados. Usávamos casos clínicos como disparadores para estudarmos fisiologia, anatomia, histologia, bioquímica, biofísica e outras ciências básicas da medicina.

A partir do segundo ano e ao longo de todo o terceiro ano, passei a estudar as patologias, com seus sinais e sintomas característicos e a formar a base do meu raciocínio clínico necessário à identificação das necessidades individuais de saúde.

No quarto ano, continuei o estudo das patologias, agora com enfoque na terapêutica, o que fortaleceu minha habilidade de elaborar planos de cuidado. Nesta fase tivemos ainda a redução de 10 para 6 temas discutidos durante o segundo semestre, para cumprir o cronograma, por conta da paralisação da atividade por causa da pandemia de COVID19; e, no retorno da atividade, precisamos realizar os encontros em ambiente virtual.

Lembro-me que na primeira ES do primeiro ano, simulei um atendimento domiciliar, em que precisava registrar toda a história de vida de uma mulher jovem que sofria de estresse. Pude, naquela ocasião, perceber um número grande de condicionantes de saúde, como as condições da moradia, as relações familiares e etc.

No decorrer do primeiro ano, realizei mais algumas histórias de vida, confesso que achava exagerada a quantidade de simulações dedicadas à realização de histórias de vida. Pois na minha concepção à época, a história clínica era mais importante do que a história de vida para o processo de identificação das necessidades individuais de saúde. Então, não fazia sentido para mim que a carga horária dedicada ao exercício da habilidade de coletar história de vida fosse maior do que a quantidade de horas para a confecção da história clínica no primeiro ano. Mas, até que enfim evoluímos para a tão almejada história clínica. Neste momento, me debrucei sobre alguns autores de livros de semiologia; aprendi por meio das simulações a aferição dos sinais vitais e a realização do exame físico geral.

Nos anos seguintes, na ES, me aprofundei na anamnese e exame físico voltados aos sistemas orgânicos específicos, na saúde do adulto e idoso, da criança, da mulher e da saúde mental. Senti falta no internato de algumas simulações de atendimento ao trabalho de parto, urgências obstétricas e ginecológicas na área da saúde da mulher; pois, por meio delas, seria possível treinarmos situações com as quais nos deparamos no internato, mas nas quais pouco participamos, seja por excesso de alunos na maternidade, seja pela prioridade dada aos residentes de ginecologia e obstetrícia na realização dos procedimentos e atendimentos; além de nos dar a oportunidade de treinarmos manobras, procedimentos e a semiotécnica dirigida à situações de urgência e emergência obstétricas e ginecológicas com as quais nos depararemos na vida profissional.

Realizei a prática profissional, do primeiro ao quarto anos, na unidade de saúde da família (USF) de um bairro chamado Santa Angelina, na cidade de São Carlos. Lá pude ter o contato com a Dra. Márcia e com a agente comunitária de saúde, Roseli, com as quais pude aprender muito sobre como fazer visitas domiciliares, estabelecer vínculos e identificar condicionantes de saúde individuais.

Nessa época acompanhei, do primeiro ao quarto ano, um senhor aposentado, portador da doença de Parkinson. Fiz a ele várias visitas, pude perceber suas vulnerabilidades sociais (divorciado, morava sozinho, as dificuldades para se locomover pela cidade, a necessidade de acompanhamento médico em Ribeirão Preto); físicas (pude acompanhar durante os quatro anos a evolução da doença. Devido a tremores intensos, ele já não dirigia mais, desenvolveu várias afecções odontológicas, pois não tinha coordenação motora para realizar a higiene bucal adequada, sofria acidentes ao tentar cozinhar até ter que ir morar com a filha por questões de segurança); psicológicas (a dependência da filha para a realização das atividades da vida diária o deixava muito incomodado e triste). Foi uma experiência muito rica no sentido de exercitar a identificação de necessidades de saúde e discutir plano de cuidados junto com a equipe da unidade de saúde.

Com a progressão do curso, pude acompanhar, por meio das visitas domiciliares e do atendimento em consulta na unidade, vários perfis de pacientes: mulher adulta jovem, gestante, criança e adolescente. Realizava o registro dos atendimentos e das visitas domiciliares em portfólio que era composto também pelo estudo teórico dos assuntos relacionados aos casos.

O quarto ano foi problemático, porque coincidiu com o início da pandemia da COVID19, quando nossa prática profissional foi interrompida por alguns meses e tivemos uma carga horária reduzida de prática. Nesta fase do curso, eu estava iniciando a realização do projeto terapêutico singular (PTS), atividade que privilegia muito a clínica centrada na pessoa e busca explorar a experiência da doença. O PTS me fez exercitar os atributos da atenção primária, tanto os essenciais (acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e os derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). A evolução que percebi no desenvolvimento da identificação das necessidades individuais de saúde e da elaboração de um plano de cuidado foi muito significativa após a realização desta atividade.

As críticas que faço em relação à prática profissional são três:

Primeira, eu só acompanhava um paciente no primeiro ano e tinha que realizar uma a duas visitas domiciliares por semana para uma mesma pessoa. As necessidades de saúde, na minha visão, não mudam de forma tão frequente; talvez, uma alteração possível fosse designar mais de um paciente por aluno;

Segunda, muitas vezes íamos à visita e o paciente não estava, ficávamos todo um tempo ocioso na unidade e não tínhamos nenhuma atividade ou discussão que pudesse preencher o tempo ocioso. Outra possibilidade seria participarmos, com os agentes de saúde, das visitas que eles realizam a outros pacientes, para conhecermos outras histórias de vida; participarmos de reuniões familiares, de reuniões com a equipe, etc

Terceira, nossas discussões sobre a reflexão da prática no primeiro ano não eram muito organizadas, discutíamos assuntos aleatórios e não havia um plano estruturado com temas pré definidos (como organização do sistema de saúde, financiamento do SUS e etc), pelo menos no grupo do qual participei isso não foi pactuado. Embora a prática tenha a aleatoriedade dos temas como característica inerente, a discussão e o tempo dedicado a ela seriam mais bem aproveitados com a organização de temas mais frequentemente encontrados na prática;

Realizei a atividade curricular complementar do segundo ano num laboratório de análises clínicas de São Carlos. A biomédica, Flávia Trevisan gentilmente me explicou aspectos teóricos e práticos sobre a realização e indicação

de exames laboratoriais. Foi um estágio interessante para eu perceber que deve-se obedecer critérios ao solicitar exames laboratoriais. Um simples hemograma, que solicitamos rotineiramente, não é totalmente isento de prejuízos ao paciente: há o inconveniente do jejum, muitas vezes necessário, há pacientes que sentem mal estar ao sofrer uma punção e ver o próprio sangue, há o inconveniente das filas de espera e do custo ao SUS, só pra mencionar um exemplo de exame.

No terceiro ano, a realização da ACC foi na enfermaria e no pronto atendimento de clínica médica no hospital universitário da UFSCar. Aquele foi meu primeiro acesso como estudante a um ambiente hospitalar. Lá intensifiquei o exercício da identificação das necessidades individuais de saúde, no contexto hospitalar, por meio da semiologia (anamnese e exame físico) e comecei a entender melhor o plano de cuidado à medida que participava das discussões de casos clínicos com a equipe multiprofissional. Confesso que muitas vezes não entendia bem as condutas médicas, mas foi importante para perceber e entender o porquê as necessidades de saúde daqueles pacientes, naquele momento, só poderiam ser supridas em ambiente hospitalar.

No quarto e quinto anos, os serviços de saúde não aceitavam receber alunos para a realização da ACC, por causa das restrições de contato durante as primeiras ondas da pandemia de COVID19. Isso fez com que eu precisasse recorrer à realização das atividades por meios virtuais.

Fiz diversos cursos por meio da plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS): urgências e emergências cardiovasculares na Atenção Básica; situações clínicas comuns em atenção primária em saúde; abordagem dos problemas respiratórios comuns na Atenção Básica; doenças do aparelho digestivo; abordagem dos adultos em situação de emergência na atenção básica; atualização do manejo clínico da Influenza e outros. Esses cursos aumentaram minha capacidade, do ponto de vista teórico, de intervir em necessidades de saúde individuais; porém, o conhecimento prático que um estágio num serviço de saúde poderia fornecer foi inexistente.

A fim de cumprir o cronograma que prevê fim a colação de grau em 27/02/2023, no sexto ano, fiz a ACC no período que seria destinado às férias entre o quinto e sexto anos. Desta vez consegui realizar na enfermaria de clínica médica do HU. Pude desenvolver habilidades que ficaram pendentes quando passei no estágio

durante o internato do quinto ano, principalmente aquelas relativas à síntese da história clínica e ao entendimento dos planos terapêuticos, pois tinha muitas dificuldades em entender as indicações das altas hospitalares e sintetizar as histórias clínicas no momento das discussões dos casos.

No internato do quinto ano passei pelos estágios:

- saúde do adulto e idoso (clínica médica), que foca no atendimento das urgências e emergências clínicas; apesar de o PPP do curso prever que o aluno desenvolva a habilidade de, “em situações de risco eminente de morte aplicar suporte de vida”, nesse estágio não tive a oportunidade de realizar procedimentos relacionados ao suporte de vida, como a intubação orotraqueal, acesso venoso central, cateterismo vesical. Os poucos procedimentos que surgiam eram realizados pelos residentes de clínica médica do HU. Durante o estágio, houve discussão sobre plano terapêutico multidisciplinar. Isso para mim foi um fator positivo, tendo em vista que essas discussões acrescentaram muito ao desenvolvimento da competência de elaborar e avaliar plano de cuidados previstos no PPP;

- saúde do adulto e idoso (ambulatorios), estágio que visa o contato com as várias especialidades da clínica médica, como cardiologia, nefrologia, endocrinologia (adulta e pediátrica), dermatologia, neurologia e pneumologia pediátrica. Atividade interessante no sentido de perceber que as necessidades individuais de saúde são múltiplas e requerem um olhar multidisciplinar e um plano terapêutico interdisciplinar. As discussões interdisciplinares dos casos eram muito comuns durante a realização da atividade.

- saúde do adulto e idoso (cirurgia), onde realizei plantões em pronto atendimento ao trauma, experiência bem rica para o desenvolvimento da percepção das necessidades individuais de saúde imediatas. À medida que atendia os agravos, percebia o quão rápido deveria ser o raciocínio clínico naquelas situações, requerendo muito estudo e simulações prévias, o que o estágio forneceu por meio das discussões sobre o ATLS (‘Advanced Trauma Life Support’) e da prova simulada, facilitadas pelo professor Rafael Izar.

-saúde da mulher (obstetrícia) - estágio muito rico do ponto de vista teórico. Na prática, que ocorre na maternidade da Santa Casa de São Carlos e ambulatório de gestação de alto risco do HU e da Santa Casa, acompanhei alguns trabalhos de

parto normal, mas sem efetivamente realizar nenhum, todos eram feitos pelos residentes de ginecologia e obstetrícia, acompanhei algumas cesáreas e passei alguns dias no pronto atendimento da maternidade. Senti falta no estágio de um docente presente na maternidade para discussão dos casos e dirimir algumas dúvidas sobre exame físico, pois, embora exista o(a) preceptor(a), há excesso de alunos (de 3 cursos diferentes) e residentes que ele/ela precisa supervisionar, além das muitas pacientes sob seus cuidados. Senti também a ausência de simulação ou oficina sobre a realização do trabalho de parto e urgências e emergências obstétricas;

Saúde da criança (pediatria), estágio que é realizado na enfermaria pediátrica e no PA do HU e na neonatologia da maternidade da Santa Casa de São Carlos. Confesso que, para mim, esse foi o estágio mais desafiador. Examinar crianças é uma tarefa difícil, a qual precisei desenvolver e ainda estou desenvolvendo. Mas ainda bem que tive professoras ótimas como a Dra. Esther e Dra. Cristina Ortiz, que me apoiaram muito nessa empreitada;

No internato do sexto ano, alguns estágios se repetem com um foco um pouco diferente e outros são acrescentados. São eles:

Clínica médica (com um foco maior em enfermarias do que em situações de emergência); Saúde da mulher (com foco maior em ginecologia), nele tive uma carga maior no pronto atendimento da maternidade. Vi algumas patologias ginecológicas agudas com necessidade de cirurgia e tive a oportunidade de acompanhar o pós-operatório na enfermaria;

Saúde da criança (pediatria com maior carga horária em unidade de terapia intensiva). Foi um estágio interessante para reforçar e aprimorar a minha capacidade de identificação das necessidades individuais de saúde da criança, através da anamnese e do exame físico, além de poder ter tido contato com as questões sociais que interferem no processo saúde doença, como suspeita de abuso sexual, pais viciados em álcool e outras drogas e famílias com relacionamentos conturbados;

Saúde coletiva e Saúde mental - estágio que é realizado, normalmente, durante o 5º ano, mas que, excepcionalmente por causa da pandemia e da necessidade de organização do cronograma, precisou ser realizada durante o sexto

ano. No momento da confecção deste trabalho, é nesse estágio que me encontro. Durante o curso, embora tenha tido muito contato com a saúde coletiva desde o primeiro ano do curso, não havia aprendido quase nada sobre a saúde do trabalhador até este momento do curso. Essa é uma crítica que registro aqui. Poderia ter tido um pouco mais de conteúdo teórico, pelo menos, a respeito da medicina ocupacional desde o primeiro ano do curso. Isso ampliaria a visão, a capacidade de detecção das condicionantes do processo saúde doença relacionadas ao trabalho; também daria a oportunidade de exercitar esse olhar ao longo dos vários anos, não só durante as semanas do estágio.

Com relação à saúde mental, posso afirmar que a necessidade da habilidade de realizar a coleta de uma boa história de vida fica evidente neste momento do curso. Nesse sentido, sou grato à ES do primeiro ano. Nessa atividade, tive que retomar e aprimorar as habilidades de olhar de forma mais aprofundado para o contexto biopsicossocial, os quais têm impacto direto e indireto sobre a saúde mental do indivíduo. Discuti muitos casos, tanto de pacientes internados em enfermaria como os de atendidos em ambulatório, com os docentes e preceptores do estágio. Entre os assuntos das discussões, estavam as psicopatologias, os diagnósticos diferenciais, o tratamento (tempo, eficácia, efeitos diversos, interação medicamentosa). Foi um estágio completo quanto ao desenvolvimento das competências relativas às necessidades de saúde individuais.

Na semana seguinte à conclusão deste trabalho, iniciarei o estágio de saúde do adulto e idoso (cirurgia). Parte dele parece ser igual ao estágio do quinto e parte composta por atividades novas que visam reforçar habilidades já adquiridas e acrescentar novas habilidades. Entre as atividades novas estão o atendimento em ambulatório de cirurgia, atividade prática desenvolvida na anestesia e oficinas de exames de imagem e de alguns procedimentos.

3.2.2. Cuidado às necessidades coletivas de saúde

Com relação às necessidades coletivas de saúde, o PPP prevê que o aluno de medicina desenvolva, ao longo dos seis anos, as seguintes competências:

- a) Identificar necessidades de saúde coletiva;
- b) Investigar problemas coletivos de saúde;

- c) Formular diagnósticos de saúde;
- d) Desenvolver e avalia projetos de ação coletiva;
- e) Construir projetos de ação coletiva;
- f) Implementar e avalia projetos de ação coletiva.

Refletindo sobre o desenvolvimento dessas habilidades ao longo do curso, posso me recordar de algumas atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências de “a” a “c”. Posso citar algumas situações problemas em que o adoecimento do indivíduo era causado por fatores de risco à saúde coletiva. Um exemplo é o de uma SP em que o paciente e outras pessoas do seu convívio sofriam de uma diarreia aguda, após ingerirem um cachorro quente em determinado estabelecimento. Nessa ocasião, iniciei meus estudos sobre o SUS, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, etc. Posso citar os conhecimentos desenvolvidos sobre o território em que a unidade de saúde da família está inserida; o PTS que considera a família e o território em que o paciente acompanhado está inserido, etc. Na reflexão da prática do quarto ano, discutimos questões relacionadas à epidemiologia. No estágio de saúde coletiva, no internato, há o estudo dos fatores envolvidos na saúde do trabalhador.

No entanto, com relação às competências de “d” a “f”, tenho a percepção de que não as desenvolvi de forma satisfatória durante o curso. Não tenho registro em portfólio e não me lembro de ter participado em qualquer atividade que tivesse o intuito de desenvolver tais habilidades.

3.3. ÁREA DE COMPETÊNCIA: GESTÃO

3.3.1. Subárea: organização do trabalho em saúde

A respeito dessa competência, o PPP do curso prevê que o egresso do curso de medicina da UFSCar, ao final dos seis anos, tenha desenvolvido as seguintes habilidades:

- a) Organizar o trabalho em saúde;
- b) Identificar problemas no processo de trabalho;
- c) Elaborar e implementar planos de intervenção;
- d) Avaliar o trabalho em saúde;

e) Acompanhar e avaliar planos de intervenção.

Embora tais habilidades sejam previstas, considero não haver no curso atividades que de fato contribuam para o efetivo desenvolvimento de tais habilidades. Ao refletir sobre a organização do trabalho em saúde, percebo que não houve nenhuma discussão, nenhuma oficina que abordasse o trabalho em equipe e a comunicação entre profissionais. Fui posto dentro dos serviços de saúde, nos quais realizei os estágios, sem esses conhecimentos e, ainda neste momento do curso, não os detenho. Como o trabalho médico, em sua grande maioria, é feito em equipe, o impacto dessa deficiência na graduação pode ser enorme. A equipe desunida, sem liderança adequada pode impactar negativamente na saúde mental dos seus membros, gerar absenteísmo e prejudicar a qualidade do cuidado prestado.

É nítida a falta de ensino da competência de gestão em saúde no curso. Por exemplo em um trecho do PPP, é previsto que o aluno competente “Faz e recebe críticas respeitosamente, objetivando o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional” (UFSCar, 2007). Neste sentido lembro-me de, numa conversa com meus colegas do grupo de internato, como era unânime a opinião do grupo de que o relacionamento entre profissionais, preceptores e alunos é muito tenso no hospital universitário da UFSCar. Talvez isso seja consequência da carência do ensino da competência da gestão em saúde em boa parte dos cursos de medicina, não só o da UFSCar.

3.3.2. Subárea: gerência do cuidado

A respeito de habilidade, o PPP do curso prevê que egresso, ao final dos seis anos saiba gerenciar o cuidado à saúde.

Sobre o desenvolvimento desta habilidade, considero que o curso é falho. Não há discussão sobre o financiamento e a satisfação dos usuários com relação aos cuidados em saúde. Há pouca discussão sobre a eficácia e a resolubilidade do cuidado.

Ao propor e pactuar um plano de cuidados com o paciente, o médico precisa saber identificar quais são as prioridades do paciente, quais suas expectativas para incluí-las no plano, senão, tal plano já nascerá fadado ao fracasso. É preciso que ele seja sensível para detectar a satisfação ou insatisfação do cliente com relação ao

plano proposto e à forma como ele é proposto. Todo esse conjunto de habilidades requer tempo para exercitá-las, requer tempo de estudo e discussão.

Talvez utilizar parte das ACCs, ou atividades extracurriculares, como ACIEPEs ,ligas etc., para suprir essas lacunas de conhecimento e habilidades fosse uma solução a médio prazo.

3.4. ÁREA DE COMPETÊNCIA: EDUCAÇÃO

3.4.1. Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas

O exercício dessa competência é inerente ao curso de medicina da UFSCar, tendo em vista que a metodologia de ensino utilizada pelo curso é uma metodologia ativa, chamada de espiral construtivista, a qual é realizada por uma sequência de seis passos que são repetidos em todas as atividades ao longo dos seis anos do curso. São eles:

- 1) Identificar o problema;
- 2) Formular explicações;
- 3) Elaborar questões;
- 4) Buscar novas informações;
- 5) Construir novos significados;
- 6) Avaliar o processo.

Esses passos ocorrem em todas as situações-problema, em todos os casos usados como disparadores na prática profissional e nas estações de simulação. Foi nítida minha evolução do que diz respeito à aquisição da habilidade de identificar as necessidades de aprendizado. No início do curso, os docentes facilitadores faziam várias intervenções no sentido de pontuar as necessidades de aprendizado não identificadas por mim. Mas ao longo dos anos venho percebendo que essas intervenções são cada vez menos frequentes. Isso eu atribuo ao desenvolvimento da competência.

Na prática profissional do segundo ano, fizemos uma atividade em que visitamos um colégio público do bairro Santa Angelina em São Carlos. Lá pude

identificar as lacunas de conhecimento que os alunos adolescentes tinham a respeito do processo de concepção biológica da vida humana e dos métodos de preveni-la, bem como sanar tais lacunas.

Tive, na reflexão da prática do quarto ano, uma atividade de medicina baseada em evidência, a qual me ajudou muito na aquisição da habilidade de reflexão crítica das fontes científicas consultadas, a qual julgo ser essencial, pois prática da medicina baseada em evidências qualifica o cuidado, possibilita que a oferta de serviços de saúde alcance um número maior de pessoas, uma vez que otimiza custos.

3.4.2. Promove a construção e socialização de conhecimento

Com relação à promoção e socialização do conhecimento, o PPP prevê que o aluno “escolhe estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades identificadas, considerando a idade, escolaridade e inserção sócio-cultural das pessoas”. Isso requer muita prática. Não é tarefa fácil traduzir os muitos jargões científicos e explicar processos patológicos para pacientes com pouca instrução formal, como é o caso de boa parte dos pacientes que atendo na unidade de saúde da família e nos outros aparelhos que compõe a rede de saúde do município. Porém, considero que venho me desenvolvendo cada vez mais na aquisição dessa competência ao longo dos anos realizando os muitos atendimentos em toda a rede de saúde do município.

4. CONCLUSÃO

Notavelmente, o ensino médico mudou e vem passando por muitas transformações ao longo da história. Essas mudanças ocorrem em decorrência das próprias transformações pelas quais passa a sociedade, como a globalização, o aumento populacional, as alterações na distribuição das faixas etárias, o maior envelhecimento da população, o aumento do conhecimento técnico-científico, o surgimento de novas condicionantes biopsicossociais do processo saúde-doença e a necessidade, que a expansão do acesso à atenção básica traz, de um número maior de médicos com perfil generalista, adeptos à prática da clínica centrada na pessoa e do cuidado amplo, levando em conta todos os aspectos biopsicossociais determinantes de saúde.

O curso de medicina da UFSCar surge com uma proposta inovadora de ensino, que objetiva formar profissionais aptos a atender às novas demandas de saúde da sociedade, tendo entre suas premissas um currículo orientado por competências como instrumento para atingir tal intento.

Refletindo sobre o processo de aquisição das competências que ocorreu durante os seis anos do curso, concluo que há competências que são muito bem desenvolvidas ao longo do curso; e outras, não. Isso, a meu ver, decorre muito em função da forma como as atividades estão organizadas e distribuídas ao longo da carga horária. É dada bastante atenção e espaço na carga horária às atividades que trabalham as competências ligadas à área da saúde, como a identificação das necessidades individuais e coletivas de saúde, a elaboração e avaliação de planos terapêuticos; embora defendo que dever-se-ia investir um pouco mais em saúde coletiva nos primeiros anos. Trabalhar mais os aspectos da identificação das necessidades coletivas de saúde e elaboração, aplicação e avaliação de projetos terapêuticos coletivos.

As atividades ligadas ao desenvolvimento da competência da área da educação recebem um espaço menor na carga horária, mas considero que seja espaço suficiente para a aquisição da competência.

Por outro lado, para as atividades necessárias ao desenvolvimento das competências da área de gestão em saúde, é dado quase nenhum espaço na carga horária.

Uma maneira de suprir essa deficiência seria fornecer um espaço maior na carga horária (talvez usar parte dos períodos ociosos que ocorrem nas unidades de saúde na prática do primeiro e segundo anos do curso) para atividades (discussões teóricas nas situações-problema, simulações de situações práticas nas estações de simulação, etc) que contribuam para o desenvolvimento das habilidades mencionadas. Também seria proveitoso o fornecimento de um Curso de Qualificação Profissional sobre gestão em saúde para todos os preceptores e colaboradores em geral do hospital universitário da UFSCar, para que preceptores possam ensinar, na prática, aos alunos questões relacionadas à gestão, como resolução de conflitos, organização do fluxo de trabalho, pesquisa de satisfação do usuário, etc.

As ACCs são atividades que podem e devem ser mais bem utilizadas para a aquisição e qualificação de competências não tão bem desenvolvidas ao longo do curso. Atividades eletivas em administração em saúde, secretarias municipais e estaduais de saúde, serviços de controle de infecção hospitalar, em direção clínica poderiam contribuir muito para o desenvolvimento da competência de gestão em saúde. As ligas, ACIEPEs e iniciações científicas poderiam ser utilizadas com essa finalidade também. Porém, a maioria de nós, alunos, só escolhemos tais atividades utilizando o critério da afinidade pessoal e não necessariamente pela necessidade de compensar alguma competência, cujo ensino seja deficiente no curso.

Mas, independentemente das necessidades constantes de melhorias pelas quais passa o curso de medicina da UFSCar, ele possui inúmeros pontos positivos a se mencionar: professores dedicados, ensino por meio da metodologia ativa, o desenvolvimento da habilidade de comunicação, muitas atividades de extensão e de pesquisas disponíveis aos alunos. Mas três pontos que particularmente me encantam são o ensino médico voltado à assistência humanizada, o ensino por competências e a reavaliação constante do processo de ensino que, confere ao curso um caráter de disposição constante à mudança.

O curso de medicina da UFSCar foi criado em meio às necessidades por transformações do ensino médico e ele próprio já passou por diversas alterações; inclusive, neste momento em que elaboro este trabalho, o curso passa por um

processo de reformulação curricular, e continuará mudando, como é de sua própria natureza. Para mim, foi um trabalho árduo, mas muito prazeroso, participar, ao longo desses seis anos, de muitas dessas mudanças, ao mesmo em que eu mesmo ia sendo transformado.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, E. A fisicatura-mor e o cirurgião-mor dos Exércitos no reino de Portugal e Estados do Brasil. **Revista do IHGB**, v. 63, n. 101, p. 154-306, 1900.
2. FRANCO, C.A.G.S; CUBAS, M.R; FRANCO, R.S. Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares. **Revista Brasileira De Educação Médica**, Curitiba, 38 (2) : 221 – 230 ; 2014.
3. NOGUEIRA, M.I.As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. **Revista Brasileira De Educação Médica**, Rio de Janeiro, 33 (2) : 262 – 270 ; 2009;
4. EDLER, F; FONSECA, M.R.F. Os Agentes Oficiais Da Arte De Curar No Brasil Colonial. **Cadernos ABEM** , Vol 2, Junho 2006.
5. MEIRELES, M. A. de Carvalho; FERNANDES, C. do Carmo; LORENA, S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**. 2019, v. 43, n. 2 [Acessado 13 Janeiro 2023], pp. 67-78. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180178>>. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180178>.
6. REGO, S. Educação Médica: história e questões. In: A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, pp. 21-44. ISBN 978-85-7541-324-1. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413241.0003>.
7. BRAGA, C.D; MARQUES, A.L. Comunicação e mudança: a comunicação como elemento facilitador do processo de mudança organizacional. **Rev. FAE**, Curitiba, v.11, n.1, p.9-17, jan./jun. 2008.
8. FERREIRA, L. O., FONSECA, M. R. F., and EDLER, F. C. A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, M.A. M., ed. Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, pp. 57-80. História e saúde collection. ISBN:978-65-5708-157-0. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081570.0004>.
9. TAROCO, A.P.R.M; TSUJI, H; HIGA, E.F.R.Currículo orientado por Competência para a Compreensão da integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Marília, 41 (1) : 12 – 21 ; 2017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20150021>.
10. BRITTO, A.C.N. A Influência Da Medicina Da França Na Formação Da Medicina Da Bahia, Brasil (Século XIX E Meado Do Século XX). **Gazeta. médica. Bahia** 2010;80:2(Mai-Jul):33-56.
11. ROSA, A. R. Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**. 1996, v. 20, n. 01 [Acessado 11 Janeiro 2023], pp. 05-06. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v20.1->

001>. Epub 22 Jan 2021. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v20.1-001>.

12 CABRAL, D. Cirurgião-mor do Reino, Estados e Domínios Ultramarinos. **Arquivo Nacional MAPA - Memória da Administração Pública Brasileira**. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/154-cirurgiao-mor-do-reino-estados-e-dominios-ultramarinos#:~:text=Os%20cirurgi%C3%B5es%20comiss%C3%A1rios%20do%20cirurgi%C3%A3o,nomeavam%20os%20integrantes%20dessas%20juntas>.

13 STELLA, RCR., and PUCCINI, RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In PUCCINI, RF., SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 53-69. ISBN 978-85-61673-66-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

14 BOMTEMPO, J. M. Estatutos que sua Majestade manda que se observem interinamente na Academia Médico-Cirúrgica: dezembro, 1820. In: LOBO, Francisco Bruno. O ensino da medicina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 1964. p. 23-29

15 ESCOLA de Cirurgia da Bahia. In: DICIONÁRIO histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <https://goo.gl/6pzVo6>. Acesso em: 28 nov. 2002.

16 FRANCO, C. A. G. dos S., CUBAS, M. R., & Franco, R. S.. (2014). Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 38(Rev. bras. educ. med., 2014 38(2)). <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200009>

17 UFSCar. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Coordenação da Graduação em Medicina. Projeto Político Pedagógico. 2007. Disponível em: <<http://www.dmed.ufscar.br/graduacao/projeto-pedagogico>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2023.