

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

FERNANDO TELES DE ARRUDA

**Tradução das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de
Medicina de 2001: Análise do Projeto Pedagógico das
Universidades Federais da Região Sudeste do Brasil**

São Carlos
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

FERNANDO TELES DE ARRUDA

**Tradução das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de
Medicina de 2001: Análise do Projeto Pedagógico das
Universidades Federais da Região Sudeste do Brasil**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão da Clínica

Orientação Prof.^ª Dr^ª Valéria Vernaschi Lima

Coorientação Prof.^ª Sissi Marília dos S. F. Pereira

São Carlos
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A773t Arruda, Fernando Teles de
Tradução das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de medicina de 2001 : análise do projeto pedagógico das universidades federais da região sudeste do Brasil / Fernando Teles de Arruda. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
126 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Educação em saúde. 2. Educação médica. 3. Currículo. 4. Educação de graduação em medicina. I. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

FERNANDO TELES DE ARRUDA

**Tradução das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de
Medicina de 2001: Análise do Projeto Pedagógico das
Universidades Federais da Região Sudeste do Brasil**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão da Clínica

DEFESA REALIZADA EM 26 DE MARÇO DE 2015

Comissão examinadora:

Professora Dra. Valéria Vernaschi Lima – PPGGC, UFSCar

Professor. Dr. Roberto de Queiroz Padilha – PPGGC, UFSCar

Professora. Dra. Eliana Cláudia Otero Ribeiro - UFRJ

Dedicatória

- À Deus, o maior administrador que já existiu, que gerencia minha vida e carreira de forma única e coloca as pessoas certas em meu caminho, nada disso teria algum sentido se não fosse abençoado.
- À Benedito Arruda, meu pai, que sempre achou que iria custear os estudos de um médico e nem se deu conta que estava formando um educador (igual ele), o Professor Arruda deixou um legado, que eu possa mantê-lo com toda dignidade e compromisso.
- À Rozaura, minha mãe, que me ensinou as maiores lições que um líder e educador deve desempenhar: amor, paciência, dedicação e escuta. O sorriso e a gentileza são gratuitos e conquistadores e isso você me ensinou, mãe.
- Aos meus irmãos Fabiana e Felipe, por tudo que fizeram ao longo desses anos, saibam que nós temos algo diferente, que ninguém mais tem: uns aos outros.
- À Graciane, minha esposa, anjo que me foi presenteado. Obrigado por acreditar, pelo seu carinho, paciência, sua capacidade de me entender e acolher, foram dois anos de sacrifícios. Obrigado por partilhar comigo esse momento e me provar a cada dia que nossos sonhos não tem limites.
- À família que ganhei de presente meu sogro Jairo, minha sogra Regina, meus cunhados Thiago, Graciele e Samuel, obrigado por toda convivência, estímulo e compreensão.
- A todos aqueles que, de alguma forma, estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena, colegas da Santa Casa de Ribeirão Preto, Santa Casa de Araraquara, Hospital Sírio Libanês e Grupo de Oração Leão de Judá.

Agradecimentos

- À minha orientadora Valéria Vernaschi Lima, que foi modelo de educadora ao longo desses dois anos, me permitiu mostrar todo potencial e capacidade, abriu portas para meu futuro e principalmente marcou definitivamente minha história, você sempre será minha referência de educadora, obrigado por tudo.
- À minha coorientadora Sissi Marília dos Santos F. Pereira, obrigado pelas orientações nos momentos que compartilhamos.
- À Universidade Federal de São Carlos, lugar que me mostrou um mundo novo e fez com que o universo se abrisse à minha frente.
- Ao instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, lugar que me estimulou “o voo” necessário para esse momento e tantos outros que ainda virão.
- À Comissão examinadora, Dr. Roberto, Dra. Eliana, Dr. Jose Lucio, Dra. Sueli que foram determinantes na conclusão desse trabalho, foi uma grande honra contar com vocês e principalmente saber que compartilharemos outros momentos juntos, vocês também são modelos de educadores que pretendo seguir.
- Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

EPIGRAFE

“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas. Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do voo. Pássaros engaiolados são pássaros sob controle. Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser. Pássaros engaiolados sempre têm um dono. Deixaram de ser pássaros. Porque a essência dos pássaros é o vôo. Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em vôo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o vôo, isso elas não podem fazer, porque o vôo já nasce dentro dos pássaros. O vôo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado”.

Rubem Alves

RESUMO

As inúmeras mudanças na atenção à saúde, vem criando a necessidade de reavaliações e adequações nas políticas de formação de profissionais. A graduação em saúde, em especial a formação médica, tem sido desafiada nesse sentido. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovadas em 2001 para orientar os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) da graduação em saúde, são consideradas um grande marco na formação, promovendo o enfrentamento das condições de saúde da população brasileira, expressas nas necessidades de saúde, por meio de uma formação crítica e reflexiva. Passados quatorze anos da publicação das DCN-2001, o objetivo dessa investigação foi de analisar a tradução dessas diretrizes nos PPC's. Foram analisados os projetos da graduação médica das Instituições Federais da Região Sudeste do Brasil. A amostra foi composta por 12 instituições, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Para a análise dos PPC's foi construída/validada uma matriz avaliativa. Foram analisados dois eixos (i) currículo e (ii) perfil profissional, segundo os elementos constitutivos das DCN. A análise dos PPC's identificou a categoria "Perfil geral do egresso" como a que mais se aproximou da DCN e a categoria Gestão em Saúde como a que mais se distanciou. A simples publicação das diretrizes, bem como sua tradução nos PPC's não garantem sua aplicabilidade, mas são importante indicativo para a ação educacional da Instituição. A presente pesquisa apontou para necessidade de criação de ambientes de discussão dos PPC's, estimulando o compartilhamento de experiências, conquistas e desafios, respeitando a singularidade de cada Instituição, mas estimulando o avanço no sentido das diretrizes.

Palavras Chaves: 1-Educação em Saúde. 2-Educação Médica 3-Currículo. 4 -Educação de Graduação em Medicina.

SUMMARY

The numerous changes in health care, is creating the need for revaluations and adjustments in vocational training policies. The health graduation, particularly medical training, has been challenged in this regard. In Brazil, the National Curriculum Guidelines, adopted in 2001 to guide the Pedagogical Project Course (PPC) health degree, are considered a major milestone in training, promoting the fight against health conditions of the population, expressed in health needs through a critical and reflective formation. Fourteen years after the publication of the DCN-2001, the goal of this research was to analyze the translation of these guidelines in PPC's. the medical graduation projects of Federal Institutions in Southeastern Brazil were analyzed. The sample was composed of 12 institutions, after applying the inclusion and exclusion criteria. For the analysis of PPC's was built / validated an evaluation matrix. two axes were analyzed (i) curriculum and (ii) professional profile, according to the constituent elements of DCN. The analysis of PPC's identified the category "general profile egress" as the one closest to the Policy and Health Management category as the more distanced. The simple publication of the guidelines, as well as its translation in PPC's do not guarantee their applicability, but are an important indicator of educational Instituição. This research points to the need to create the PPC's discussion environments, stimulating sharing experiences, achievements and challenges, respecting the uniqueness of each institution, but stimulating the advancement towards the guidelines.

Key Words: 1- Health Education. 2 -Education, Medical. 3-Curriculum, 4-Education, Medical, Undergraduate.

RESUMEN

Los numerosos cambios en el cuidado de la salud, está creando la necesidad de revalorizaciones y ajustes en las políticas de formación profesional. La graduación de la salud, en particular la formación médica, ha sido puesta en duda en este sentido. En Brasil, las Directrices Curriculares Nacionales, aprobada en 2001 para guiar el grado de salud de Pedagogía Curso de Proyectos (PPC), se consideran un hito importante en la formación, la promoción de la lucha contra las condiciones de salud de la población, expresada en las necesidades de salud a través de una formación crítica y reflexiva. Catorce años después de la publicación de la DCN-2001, el objetivo de esta investigación fue analizar la traducción de estas guías en PPC. Se analizaron los proyectos de grado médico de las instituciones federales en el sureste de Brasil. La muestra se compone de 12 instituciones, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Para el análisis de PPC fue construido / validado una matriz de evaluación. dos ejes fueron analizados (i) plan de estudios y (ii) el perfil profesional, de acuerdo a los elementos constitutivos de DCN. El análisis de PPC identifica la categoría "perfil de egreso en general" como el más cercano a la categoría de Política y Gestión de la Salud como el más distanciada. El simple publicación de las directrices, así como su traducción en el PPC de no garantizan su aplicabilidad, pero son un indicador importante de Instituição. Esta investigación apunta acción a la necesidad de crear entornos de discusión de la PPC, estimulando el intercambio experiencias, logros y desafíos, respetando la singularidad de cada institución, pero que estimulan el progreso en la dirección de las Directrices.

Palabras clave: 1-Educación em salud. 2.-Educación Médica. 3-Curriculum. 4-Educación de Pregrado em Medicina

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01- Articulação das categorias analíticas para análise dos PPC a luz das DCN medicina de 2001	67
FIGURA 02 - Composição da Matriz em eixo, categoria e subcategoria.....	68
FIGURA 03 - Avaliação global de aproximações e distanciamentos à luz das DCN-2001.....	89

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - Cursos de Medicina por período, Instituição Mantenedora e categoria administrativa – Brasil 1808/1959.....	15
QUADRO 02 - Cursos de Medicina por período, Instituição Mantenedora e categoria administrativa – Brasil 1960/1969.....	18
QUADRO 03 - Cursos de Medicina por período, Instituição Mantenedora e categoria administrativa – Brasil 1970/1989.....	20
QUADRO 04 - Cursos de Medicina por período, Instituição Mantenedora e categoria administrativa – Brasil 1990/2001.....	22
QUADRO 05 – Escolas médicas no Brasil por Unidade Federativa, janeiro de 2015.....	27
QUADRO 06 - Marcos referenciais históricos de movimentos reflexivos e de ações no campo da formação médica, no âmbito nacional e internacional, no decorrer do século XX.....	29
QUADRO 07 - Grau de alinhamento dos Projetos Pedagógicos dos Cursos às DCN, escolas inseridas na amostra.....	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 01- Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 1970-1989.....	16
TABELA 02- Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 1960-1969.....	19
TABELA 03- Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 1970-1989.....	20
TABELA 04- Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 1990-2001.....	23
TABELA 05- Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 2002-2015.....	26
TABELA 06- Escola Médica no Brasil, segundo gestão, janeiro de 2015.....	28
TABELA 07- Média de aproximação e desvio padrão do eixo Perfil profissional, categoria perfil geral	70
TABELA 08- Média de aproximação e desvio Padrão do eixo Perfil profissional, categoria atenção à saúde	73
TABELA 09- Média de aproximação e desvio Padrão do eixo Perfil profissional, categoria gestão em saúde.	76
TABELA 10- Média de aproximação e desvio Padrão do eixo Perfil profissional, categoria educação na saúde.	78
TABELA 11- Média de aproximação e desvio Padrão do eixo curriculum, categoria organização.....	80
TABELA 12- Média de aproximação e desvio Padrão da área de curriculum, tópico Metodologia.....	83
TABELA 13 Média de aproximação e desvio Padrão da área de curriculum, tópico avaliação Metodologia.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01- Aberturas das escolas médicas no Brasil de 1808 até janeiro de 2015.....	24
GRÁFICO 02- Aberturas das escolas médicas no Brasil, por décadas, durante os séculos XIX, XX e XXI.....	25
GRÁFICO 03- Abertura de escolas médicas, antes e após as DCN 2001	25
GRÁFICO 04- Número de vagas em escolas médicas, antes e após as DCN 2001	26
GRÁFICO 05- Conquistas e desafios: categoria Perfil Geral.....	71
GRÁFICO 06- Conquistas e desafios: categoria atenção à saúde.....	74
GRÁFICO 07- Conquistas e desafios: categoria Gestão em Saúde.....	76
GRÁFICO 08- Conquistas e desafios: categoria Educação na Saúde.....	89
GRÁFICO 09- Conquistas e desafios: categoria Organização	81
GRÁFICO 10- Conquistas e desafios: categoria Metodologia.....	84
GRÁFICO 11- Conquistas e desafios: categoria Avaliação.....	86
GRÁFICO 12- Conquistas e desafios dos 12 projetos à luz das DCN-2001.....	88
GRÁFICO 13- Conquistas e desafios à luz das DCN-2001, média dos 12 projetos.....	89

LISTA DE ABREVIÇÕES E SIMBOLOS

ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAEM	Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CC	Conceito de Curso
CI	Conceito Institucional
CPC	Conceito Preliminar de Curso
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRM-SC	Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DCN	Diretrizes curriculares Nacionais
DCN-S	Diretrizes curriculares Nacionais para área da saúde
DCN-MED	Diretrizes curriculares Nacional dos cursos de Medicina
DCN-ENF	Diretrizes curriculares Nacional dos cursos de Enfermagem
DCN-NUT	Diretrizes curriculares Nacional dos cursos de Nutrição
DOU	Diário Oficial da União
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ETSUS	Escolas Técnicas de Saúde do SUS
IGC	(Índice Geral de Cursos da instituição)
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
PNH	Projeto Nacional de Humanização
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPC	Projeto Político Pedagógico
PROMED	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UFSJ	Universidade Federal de São João Del Rei
UFTM	Universidade Federal do Triangulo Mineiro
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Murui
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
UFESPA	Universidade Federal de São Paulo
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
1.1	As diretrizes curriculares nacionais e a formação médica.....	07
1.2	Objetivos.....	10
1.2.1	Objetivo Geral.....	10
1.2.2	Objetivo Específico.....	10
1.3	Medicina e educação médica no Brasil.....	11
1.3.1	História da Medicina e da formação médica no Brasil.....	11
1.3.2	CINAEM, avaliação e transformação das escolas médicas brasileiras.....	30
1.3.3	Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN 2001.....	35
1.3.4	DCN medicina 2001.....	36
1.3.5	Movimentos ocorridos após a publicação das DCN-2001 até 2014.....	37
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	40
2.1	Formação inovadora e voltada às necessidades sociais de saúde....	40
2.1.1	Práticas de saúde.....	41
2.1.2	Práticas de gestão em saúde.....	43
2.1.3	Formação orientada por competência e organização curricular.....	48
2.1.4	Metodologias de ensino-aprendizagem.....	53
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	59
3.1	Tipo de estudo.....	59
3.2	Definição dos cenários de pesquisa: amostra intencional.....	60
3.2.1	60
3.2.2	Critérios de inclusão.....	60
3.2.3	Critérios de exclusão.....	60
	Elucidação dos critérios.....	
3.3	Fontes coleta de dados secundários.....	61
3.4	Aspectos Éticos.....	63
3.5	Análises dos dados coletados	63
3.5.1	Criação da matriz analítica e definição das categorias.....	64
3.5.2	Validação da matriz analítica.....	67
4	RESULTADOS.....	70
4.1	Análise do Projeto Político dos Cursos.....	70
5	CONCLUSÕES.....	90
6	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICES	
	Apêndice A - Critérios da Matriz Analítica.....	104
	ANEXOS	
	Anexo A: Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina - 2001.....	118

1 INTRODUÇÃO

1.1 As diretrizes curriculares e a formação médica.

As inúmeras e contínuas mudanças nos cenários externos e internos da atenção à saúde vêm exigindo respostas de vários setores do governo e da sociedade envolvidos com a formação de profissionais (ARRUDA, 2011).

Considerando que, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde – SUS deve responder pela ordenação de recursos humanos na área de saúde, esse papel tem requerido dos gestores dos serviços de saúde um posicionamento mais ativo e uma maior articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, promovendo integração ensino-serviço, estreitando as relações e facilitando a integração entre docentes, acadêmicos, trabalhadores e gestores de saúde do município.

A partir da definição de Albuquerque (2008), entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com profissionais que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se gestores, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional, o desenvolvimento dos trabalhadores e a satisfação dos usuários.

ROMANO (2005) relata que o contexto educacional e metodológico das escolas médicas que mantém uma formação tida como tradicional ou conservadora, dificultam a inserção do estudante no sistema de serviços de saúde, sobretudo no público, persistindo o modelo de ensino em que o diagnóstico de doenças sobrepõe-se ao sentido do cuidado à saúde das pessoas. Ainda nesse contexto, descreve a importância do docente, que se apresenta como um modelo para o aluno:

“Este docente, ao valorizar a especialização, a visão hospitalocêntrica, a primazia da realização de diagnósticos, o distanciamento dos problemas dos usuários, a dificuldade em lidar com pacientes crônicos, sintoniza as pessoas que trata numa relação objetual, negando a existência do doente ao lidar com a tensão doença-doente...” (ROMANO, 2005,p2).

Entende-se que as práticas educacionais vivenciadas pelos discentes são frutos do modelo médico adotado pela escola e o perfil do corpo clínico responsável para realizá-la. O ensino executado em instituições que trabalham com os princípios de acesso universal, equidade e integralidade, segundo padrões de eficácia, eficiência e efetividade dos serviços de saúde, propiciaria um ambiente educacional que geraria uma prática médica integral e inclusiva (ROMANO, 2005).

Em 2001, a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para os cursos da saúde e, especificamente, da graduação em Medicina, pode ser considerada um grande marco na formação de profissionais dessa área, por apresentar uma alternativa aos modelos conservadores. A construção das DCN foi resultado de uma expressiva mobilização de educadores, gestores, profissionais e instituições interessadas.

Tal mobilização teve condicionantes internos e externos. Nesse sentido, tendências internacionais na educação médica e projetos interinstitucionais também tiveram e continuam tendo importante papel estimulador de mudanças (NEVES, 2008). Como fatores internos que contribuíram para a construção das DCN, a indução desencadeada por políticas governamentais e por organizações não governamentais promoveu estímulos para mudanças na formação, abrangendo todas as carreiras da área da saúde.

O desenvolvimento combinado entre excelência técnica e relevância social foi valorizado pelas DCN-S, da área da saúde, por meio da utilização de tecnologias educacionais que colocam as necessidades de aprendizagem no centro do processo ensino-aprendizagem, particularmente na educação de adultos. Essas mudanças visaram ampliar a consciência crítica dos futuros médicos e sua compreensão do papel transformador da educação nas sociedades.

Considerando que as DCN-S representam uma política pública orientada à indução de mudanças na formação de profissionais e nas práticas hegemônicas de atenção à saúde, e que o panorama contemporâneo da formação médica no país encontra-se tensionado a encontrar novas alternativas para velhos problemas, o presente estudo busca contribuir para a avaliação dessa política

pública, a partir da experiência de um conjunto de cursos de medicina da região sudeste do Brasil , representada pela produção do projeto pedagógico desses cursos.

Passados quatorze anos da publicação das DCN de 2001 para a graduação em medicina, o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), instituído por Lei em 2013, estabeleceu a necessidade de revisão das diretrizes para a formação médica. Considerando esse cenário, este estudo visa analisar a tradução das DCN 2001, nos projetos pedagógicos dos cursos - PPC da graduação em medicina, identificando conquistas e desafios na formação médica. Essa análise é um elemento fundamental para que possam ser antecipadas potenciais limitações, oportunidades ou riscos, com as vistas a um novo ciclo de mudanças na educação médica, induzidas pelas DCN-2014.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar o projeto pedagógico dos cursos – PPC de graduação em medicina das universidades federais da região sudeste do Brasil, identificando conquistas e desafios em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina – DCN 2001.

1.2.2 Objetivos Específicos

a) construir e validar a matriz avaliativa a ser aplicada na análise dos PPC, segundo os elementos constitutivos das DCN-2001.

b) analisar os projetos pedagógicos dos cursos de medicina das universidades federais da região sudeste, segundo características da construção do perfil profissional e do currículo.

c) analisar a tradução das DCN-2001 nos projetos pedagógicos dos cursos selecionados, identificando conquistas e desafios.

1.3 Medicina e educação médica no Brasil

1.3.1 História da Medicina e da formação médica no Brasil

Após seu descobrimento, o Brasil permaneceu 308 anos como colônia de Portugal e foi elevado ao título de sede da coroa portuguesa em 1808. Entende-se que o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, e em particular do ensino médico, esteve intimamente ligado ao crescimento da sociedade brasileira e sua vinculação ao surgimento, no Brasil, das instituições econômicas, militares, culturais, ao poder político, abertura dos portos e criação de universidades, inicialmente, sob forte influência portuguesa (SANTOS FILHO, 1977; GONÇALVES FILHO, 2000).

Antes da criação das Escolas Médicas brasileiras, os profissionais que aqui atuavam formavam-se em Portugal, em sua grande maioria oriundos da Faculdade de Coimbra, o que garantia a presença de profissionais médicos no Brasil (SANTOS FILHO, 1977).

O documento, datado de 18 de fevereiro de 1808 escrito por Dom Fernando José de Portugal e Castro, é considerado a certidão de nascimento do ensino médico no Brasil.

“Deus guarda a V. Excia.
Bahia, 18 de fevereiro de 1808.
Ao Ilustre Excel. Sr. Conde da Ponte

O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Doutor José Corrêa Picanço, Cirurgião-Mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobretudo Cirurgião-Mor a escolha dos Professores, que não só ensinam a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte obstétrica tão útil como necessária, o que participo a V. Excia, por ordem do mesmo Senhor, para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo o que for promover este importante Estabelecimento.

D. Fernando José de Portugal e Castro Ministro do Senhor Príncipe Regente“ (GONÇALVES FILHO, 2000, p.11)

De acordo com PEREIRA 2006, o marco histórico do ensino médico no Brasil foi a criação da primeira Faculdade de Medicina brasileira, quando a Família

Imperial chegou à cidade de Salvador, a faculdade baiana foi denominada na época de Escola de Cirurgia e a carta régia de criação foi assinada por D. Fernando José de Portugal, então Marquês de Aguiar e Ministro e Secretário do Estado dos Negócios do Brasil e do Conselho do Estado de D. João VI, no mesmo ano, em novembro, foi criada através de decreto, a segunda Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro.

O decreto de fundação do ensino médico na Bahia seguia algumas instruções:

“O professor de cirurgia dará as lições no verão pelas sete horas da manhã, no inverno pelas oito, as quais durarão hora e meia, três quartos para tomar as ditas lições explicadas no dia antecedente e outros três para a nova explicação” e o curso cirúrgico deve durar quatro anos. He de lei, os quais terminados poderão passar as certidões competentes, declarando se o Discípulo está capaz de fazer o seu exame e de dignamente encarregar-se da saúde pública e tudo com juramento dos Santos Evangelhos” (PEREIRA, 1923, p.23)

Em 1812, ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos. Os cursos médico e cirúrgico eram separados e em 1884 foram unificados, sofrendo grandes alterações, como destaque, foram realizadas mudanças no nome, tornando-se o Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas (ROMANO, 2002; LAMPERT, 2008).

Em 1826, a Lei de 9 de setembro outorgou às escolas brasileiras o direito de conferirem cartas de cirurgião e de médico aos alunos por ela formados, em 1828, esta lei foi ampliada determinando que só médicos diplomados podiam clinicar, desaparecendo as “*cartas de licenciamento*”, em 1832, por ato da Regência Trina, as Escolas Médicas foram denominadas de Faculdades, respectivamente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e o curso de graduação foi estendido para seis anos, o mesmo decreto instituía os cursos de Medicina, Farmácia e de Partos. O figurino das novas faculdades seguia o modelo francês, conforme orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829-1835), embrião da Academia Imperial de Medicina. Em 1879, foi promulgada a chamada “*lei do ensino livre*”, quando então se abriram as portas para a iniciativa privada (ROMANO, 2002; EDLER, 2003; LAMPERT, 2008).

Nesse período a medicina brasileira foi descrita como pré-científica, os profissionais utilizavam textos e conhecimentos vindos de outros países e com fortes influências religiosas. Com a consolidação das duas Faculdades de medicina instaladas iniciou-se a produção própria de estudos e pesquisas, ao redor de 1866, o que deu início fase científica propriamente dita das práticas médicas brasileiras. Iniciam-se os estudos dos pesquisadores da Bahia e a adoção de métodos experimentais de investigação. Surgiram os Institutos de Pesquisa Manguinhos, Bacteriológico e Butantã e destacaram-se pesquisadores como Osvaldo Cruz, Adolfo Lutz, Carlos Chagas, Vidal Brasil, Pirajá da Silva, que trouxeram contribuições relevantes para a saúde pública nacional.

Esse período foi caracterizado pelo início de práticas de saneamento básico das cidades, o ensino especializado, a assistência hospitalar, a indústria farmacêutica de alto padrão e a prática médico-cirúrgica. Ao final do século em 1897, foi criada a terceira Faculdade de Medicina do Brasil, instalada na cidade de Porto Alegre (LAMPERT, 2008).

Até o começo do século XX predominava o exercício profissional médico com princípios liberais, isto é, o médico dependia de capacidade própria para exercer sua atividade, tinha autonomia para determinar as condições e o valor de seu trabalho. As práticas médicas nesse período vislumbravam o corpo humano como um todo indivisível, assim, a habilidade e a sensibilidade eram os principais atributos do médico (PEREIRA NETO, 2000).

A relação do Estado com a sociedade brasileira era contemplativa e campanhista, quando se limitava a implementar campanhas de combate às doenças em situações de epidemias ou de calamidades já instaladas sob a orientação dos profissionais médicos da época (LAMPERT, 2008).

Outros países, sobretudo da Europa e América do Norte experimentavam grande desenvolvimento científico e tecnológico, o que se tornou uma tendência mundial, as áreas do conhecimento se ampliaram, as especialidades se multiplicaram e novas profissões surgiram na área da saúde, assim como as

denominadas medicinas alternativas. Esse processo teve como importante marco o Relatório Flexner (1910), considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América - EUA, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (LAMPERT,2008; PAGLIOSA, 2008; PEREIRA NETO,1995;FLEXNER, 1910).

Segundo DONNANGELO (1975), neste período, a profissão médica passava por uma crise que continha, pelo menos, duas marcas: a redefinição da base cognitiva da medicina e a reestruturação do mercado de serviços de assistência médica.

As escolas, que eram três até a primeira década do século XX, na segunda década somavam mais cinco escolas, o que fez com que a criação de escolas médicas fosse um dos temas de debate no Congresso Nacional de Práticos, em 1922, no Rio de Janeiro, primeiro congresso de âmbito nacional que tratou da educação médica (PEREIRA NETO, 2001).

O Congresso Nacional dos Práticos foi realizado na cidade do Rio de Janeiro, então capital da República, entre os dias 30 de setembro e 7 de outubro de 1922. Discutiu temas que diziam respeito ao exercício e ao ensino da medicina. Nesse evento, as principais lideranças médicas divergiram quanto às estratégias de preservação de seu prestígio, autoridade e autonomia. Nos debates travados foi possível identificar a presença de três perfis de identidade profissional médica: o Generalista, o Especialista e o Higienista. Foi possível, também, identificar os dois grandes eixos de tensão existentes entre eles: os elementos que confrontavam o generalismo à especialização e os que contrapunham a prática em serviços públicos àqueles exercidos em serviços privados (PEREIRA NETO,1995 e 2000).

As ideias debatidas fortaleceram as práticas médicas e inspiraram em 1927 a criação do Sindicato Médico Brasileiro, movimento pioneiro da consciência de classe, e que fortaleceu as ideologias corporativistas da época (LAMPERT, 2008).

Duas décadas após ocorreu outro grande marco da formação médica brasileira, com a abertura da primeira escola vinculada a uma instituição privada, a

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP, em 1950, na cidade de Sorocaba (Quadro 1 e Tabela 1). Essa foi a décima quinta escola médica, quebrando o monopólio das instituições sediadas nas capitais, fato que inaugurou a interiorização do ensino médico (DO AMARAL, 2007).

QUADRO 01 Cursos de Medicina por período, Instituição Mantenedora e categoria administrativa – Brasil 1808/1959

Nº	Criação	Instituição Mantenedora	Gestão
1	18/02/1808	Universidade Federal da Bahia - UFBA	Federal
2	05/11/1808	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Federal
3	01/03/1898	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	Federal
4	01/03/1911	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	Federal
5	01/01/1912	Universidade Federal do Paraná - Curitiba - UFPR	Federal
6	10/04/1912	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	Federal
7	07/12/1912	Universidade de São Paulo - São Paulo - USP-SP	Estadual
8	03/01/1919	Universidade Federal do Pará - UFPA	Federal
9	04/05/1920	Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	Federal
10	01/01/1929	Universidade Federal Fluminense - Niterói/ RJ - UFF	Federal
11	01/06/1933	Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	Federal
12	04/06/1935	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ	Estadual
13	15/04/1948	Universidade Federal do Ceará - UFC	Federal
14	28/02/1950	Universidade de Pernambuco-/Recife - UPE	Estadual
15	14/04/1950	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC Sorocaba	Privada
16	15/01/1951	Universidade Federal de Alagoas - UFAL	Federal
17	30/01/1951	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais -FELUMA -	Privada
18	05/12/1951	Universidade Federal da Paraíba - J. Pessoa - UFPB	Federal
19	17/04/1952	Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - USP-RP	Estadual
20	26/12/1952	Universidade Federal de Juiz de Fora/MG - UFJF	Federal
21	07/04/1953	Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP	Privada
22	24/03/1954	Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM	Federal
23	30/04/1954	Universidade Federal de Santa Maria - RS - UFSM	Federal
24	27/09/1955	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	Federal
25	04/01/1957	Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR	Privada
26	05/07/1958	Universidade Federal do Maranhão - São Luís - UFMA	Federal
27	25/11/1958	Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	Estadual

Fonte: Escolas Médicas do Brasil.

Tabela 01 Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 1808-1959.

Região	Número de cursos segundo gestão				TOTAL	%
	Federal	Estadual	Municipal	Privados		
Norte	1				01	3,8
Nordeste	7	1		1	09	33,3
Centro Oeste					-	-
Sudeste	7	4		2	13	44,4
Sul	3			1	04	18,5
TOTAL	18	05	-	04	27	100

Fonte MEC-INEP

Na evolução das ideias de consciência de classe, no ano de 1951 ocorreu a criação da Associação Médica Brasileira - AMB e do Conselho Federal de Medicina – CFM, com seus conselhos regionais, em 1957 (LAMPERT, 2008).

A criação do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais em 1957 trouxeram uma nova ordem à categoria, por meio dessa autarquia federal. Posteriormente, foram criados os estatutos e os Códigos de Ética Médica

No final da década de sessenta, ocorreu a Reforma Universitária e a Reforma do Ensino Médico. As ideias e modificações realizadas nesse período produziram repercussões importantes nos anos seguintes, interferindo na dinâmica dos cursos e na organização das próprias Escolas, numa interface com o ensino de saúde pública (PAIM, 1998).

Nesse cenário, o foco das discussões estava concentrado na necessidade de realizar rearranjos na dinâmica das Escolas Médicas, alterando a lógica organizativa vigente, como *“extinção das cátedras, criação dos Departamentos e Institutos, incentivo às atividades de extensão, tentativas de pesquisa mais adequadas à realidade brasileira e alterações no padrão interno de relações entre professores e alunos”* (MARSIGLIA, 1995, p.15).

Para alguns autores, as mudanças transcendiam o aspecto de ajustes curriculares mas já representavam um desdobramento do movimento de renovação das Escolas Médicas iniciado na década de 50, quando foram criados alguns Departamentos de Medicina Preventiva, com propostas de modificar o ensino da Higiene, de articular elementos preventivos à clínica, e de introduzir as disciplinas de Estatística, Ciências Sociais, Epidemiologia, Medicina do Trabalho e Saúde Pública, dentre outras medidas (PESES,1978).

Entre as décadas de 1960 e 1970, as ações desenvolvidas pelo Governo reforçavam as práticas de planejamento de saúde, influenciando no ensino e na saúde pública mais contemporânea (GIOVANELLA,1991). Ainda nesse período, outros marcos foram importantes na concepção e construção da ideia de um Sistema Unificado. Nessa década foram criados trinta e sete novos cursos (Quadro 2 e Tabela 2).

QUADRO 02 Cursos de Medicina por período, Instituição Mantenedora e categoria administrativa – Brasil 1960/1969.

Nº	Data de criação	Instituição Mantenedora	Gestão
01	27/04/1960	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	Federal
02	11/06/1960	Universidade Federal de Goiás - UFG	Federal
03	01/01/1961	Universidade Federal do Espírito Santo- UFES	Federal
04	11/01/1961	Universidade Federal de Sergipe - UFS	Federal
05	28/01/1961	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Federal
06	28/04/1961	Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP	Privada
07	01/03/1962	Universidade de Brasília - DF - UNB	Federal
08	22/07/1962	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	Estadual
09	15/12/1962	Universidade Católica de Pelotas-RS	Privada
10	03/04/1963	Universidade Federal de Pelotas - UFPel	Federal
11	20/11/1965	Universidade Federal do Amazonas -UFAM	Federal
12	21/12/1965	Universidade Estadual de Londrina - PR - UEL	Estadual
13	19/01/1966	Faculdade de Medicina de Marília-SP - FAMEMA	Estadual
14	11/08/1966	Universidade Federal do Piauí - UFPI	Federal
15	30/01/1967	Universidade de Taubaté - UNITAU	Municipal
16	20/04/1967	Universidade Federal do Rio Grande/RS - FURG	Federal
17	21/07/1967	Centro Universitário Lusíada- Santos - UNILUS	Privada
18	18/08/1967	Faculdade de Medicina de Petrópolis - FMP	Privada
19	18/09/1967	Faculdade de Medicina de Campos - RJ - FMC	Privada
20	13/11/1967	Universidade de Caxias do Sul/RS - UCS	Privada
21	27/12/1967	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Federal
22	04/01/1968	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Privada
23	17/01/1968	Universidade de Mogi das Cruzes - UMC	Privada
24	14/02/1968	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP	Estadual
25	14/02/1968	Universidade Federal de Uberlândia - UFU	Federal
26	04/03/1968	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória	Privada
27	16/03/1968	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas	Estadual
28	08/04/1968	Faculdade de Medicina de Itajubá-MG - FMIIt	Privada
29	22/05/1968	Centro Universitário de Volta Redonda- RJ - UNIFOA	Privada
30	21/08/1968	Centro de Ensino Superior de Valença- RJ - CESVA	Privada
31	21/11/1968	Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre/MG	Privada
32	06/12/1968	Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP - FMJ	Municipal
33	19/12/1968	Universidade Severino Sombra - Vassouras RJ - USS	Privada
34	15/01/1969	Faculdade Evangélica do Paraná - Curitiba - FEPAR	Privada
35	07/02/1969	Faculdade de Medicina do ABC - FMABC	Privada
36	30/04/1969	Universidade de Passo Fundo/RS - UPF	Privada
37	10/06/1969	Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva - SP	Privada

Fonte: Escolas médicas do Brasil.

TABELA 02 Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 1960-1969.

Região	Número de cursos segundo gestão				TOTAL	%
	Federal	Estadual	Municipal	Privados		
Norte	1	-	-	-	1	2,7
Nordeste	2	1	-	1	4	10,81
Centro Oeste	3	-	-	-	3	8,10
Sudeste	2	3	2	13	20	54,05
Sul	4	1	-	4	9	24,32
TOTAL	12	5	2	18	37	100

Fonte MEC-INEP

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, pela Lei 6025 de 25 de junho de 1974; em 1975, a Lei 6229 criou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu a divisão dos campos institucionais da saúde coletiva e da saúde das pessoas (NUNES, 1998). Nesse período houve expansão de 17 escolas médicas (QUADRO 3 e TABELA 3).

No âmbito das políticas de saúde, na segunda metade da década de 1970, se intensificaram as discussões em torno do Sistema Nacional de Saúde, trazendo para o âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde as propostas de atenção primária à saúde.

A Conferência de Saúde, realizada em Alma-Ata, elegeu, em 1978, a atenção primária como foco de atenção especial dos sistemas nacionais de saúde, indicando que *"todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de saúde, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde, em coordenação com outros setores. Para esse fim, se faz necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis"* (ALMA ATA, 1978, p.4).

QUADRO 03 Cursos de Medicina por período, Instituição Mantenedora e categoria administrativa – Brasil 1970/1989.

Nº	Criação	Instituição Mantenedora	Gestão
01	02/02/1970	Escola de Medicina Souza Marques - RJ - EMSM	Privada
02	17/03/1970	Universidade de Santo Amaro - SP - UNISA	Privada
03	13/04/1970	Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO	Privada
04	24/06/1970	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	Privada
05	08/10/1970	Universidade do Estado do Pará - Santarém/PA - UEPA	Estadual
06	26/04/1971	Faculdade de Medicina de Barbacena/MG - FUNJOB	Privada
07	29/07/1971	Universidade do Estado do Pará - Belém/PA - UEPA	Estadual
08	24/09/1971	Universidade São Francisco - Bragança Paulista - USF	Privada
09	06/11/1974	Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	Estadual
10	23/12/1975	Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-	Privada
11	16/12/1976	Universidade Iguazu -Nova Iguazu - RJ - UNIG	Privada
12	03/11/1978	Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	Federal
13	20/06/1979	Universidade Federal de Campina Grande - UFCG	Federal
14	28/02/1987	Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE	Privada
15	12/08/1987	Universidade Estadual de Maringá/PR - UEM	Estadual
16	15/12/1988	Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS/	Privada
17	11/07/1989	Universidade Regional de Blumenau - SC - FURB	Municipal

Fonte: Escolas médicas do Brasil

TABELA 03 Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 1970-1989.

Região	Número de cursos segundo gestão				TOTAL	%
	Federal	Estadual	Municipal	Privados		
Norte		2			2	11,76
Nordeste					-	0
Centro Oeste	1				1	5,88
Sudeste	1	1		9	11	64,70
Sul		1	1	1	3	17,64
TOTAL	2	4	1	10	17	100

Fonte MEC-INEP

Em atenção as ideias de melhor operacionalização do sistema de saúde, e fortalecimento dos cuidados primários, em março de 1980 foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, tendo como tema central a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos. O relatório dos debates, ali travados, apontava os limites das propostas institucionais apresentadas, em função do real sistema de saúde brasileiro, que já se tornara complexo, e cuja concentração de recursos no Ministério da Previdência, limitava as possibilidades de desempenho do Ministério da Saúde, nas ações de sua competência (BRASIL,1980).

Em março de 1986, realizou-se em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores e de representações da sociedade civil organizada, diferente das anteriores, que só permitiam a participação de representantes de Governo. A Conferência realizada em Brasília foi antecedida de Conferências Estaduais, propiciando o debate ampliado de seus temas centrais assim definidos: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor Saúde. (BRASIL, 1986).

Pelo caráter estratégico do tema, a questão dos recursos humanos foi incluída entre as Conferências de temas específicos realizadas após a 8ª Conferência. Em sua programação, a I Conferência de Recursos Humanos destacou a capacitação após a graduação como um aspecto a ser observado, recomendando que:

"a formação ulterior deve ser definida em função das necessidades do Sistema Único de Saúde de dispor de profissionais e equipes qualificadas para dar conta de modo eficiente (em termos de custo) e eficaz (em termos de resultados), de questões específicas referentes a problemas menos frequentes". Estabeleceu também que "a estruturação do sistema em níveis hierarquizados de atenção à saúde deve fornecer os critérios, conforme os quais as necessidades quantitativas e qualitativas de formação posterior à graduação devem ser atendidas" (BRASIL, 1986, p.30)

Somente em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e

estabelecendo os papéis das três esferas de Governo (BRASIL, 1990) e instituindo o Sistema Único de Saúde - SUS. O Quadro 4 e a Tabela 4 mostram, respectivamente, a relação de escolas médicas criadas de 1990 até 2001 e sua distribuição segundo tipo de gestão.

QUADRO 04 Cursos de Medicina por período, Instituição Mantenedora e categoria administrativa, Brasil 1990/2001.

No	Criação	Instituição Mantenedora	Gestão
01	06/11/1993	Universidade Federal de Roraima - UFRR	Federal
02	02/02/1996	Universidade Luterana do Brasil - Canoas - RS - ULBRA	Privada
03	30/08/1996	Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE	Estadual
04	14/02/1997	Universidade de Cuiabá/MT - UNIC	Privada
05	23/02/1997	Universidade Metropolitana de Santos - SP - UNIMES	Privada
06	07/03/1997	Universidade Estácio de Sá - RJ - UNESA	Privada
07	12/03/1997	Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO	Privada
08	26/03/1997	Universidade Iguazu - Itaperuna/RJ - UNIG	Privada
09	26/03/1997	Universidade Anhanguera - MS - UNIDERP	Privada
10	07/04/1997	Universidade do Vale do Itajaí - SC - UNIVALI	Privada
11	08/04/1997	Universidade de Uberaba - MG - UNIUBE	Privada
12	08/07/1998	Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL	Privada
13	08/07/1998	Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça/UNISUL	Municipal
14	21/07/1998	Universidade Estadual do Piauí - Teresina - UESPI	Estadual
15	10/09/1998	Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE	Privada
16	20/10/1998	Universidade de Marília/SP - UNIMAR	Privada
17	10/11/1998	Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC/RCT	Privada
18	30/12/1998	Instituto Metropolitano de Ensino Superior - FAMEVAÇO	Privada
19	17/02/1999	Centro Universitário Barão de Mauá - CUBM	Privada
20	19/05/1999	Faculdade da Saúde de Araguaína - TO - FAHESA/ITPAC	Privada
21	21/12/1999	Universidade Federal da Grande Dourados - MS - UFGD	Federal
22	02/06/2000	Universidade Federal do Ceará- Campus de Sobral - UFC	Federal
23	02/06/2000	Universidade Federal do Ceará- Barbalha - UFC	Federal
24	25/08/2000	Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte/CE	Privada
25	21/12/2000	Universidade Estadual de Santa Cruz- Ilhéus/BA - UESC	Estadual
26	27/06/2001	Universidade do Estado do Amazonas - Manaus - UEA	Estadual
27	29/06/2001	Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS/BH	Privada
28	06/07/2001	Universidade Católica de Brasília	Privada
29	18/07/2001	Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - ESCS	Estadual
30	22/08/2001	Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC	Privada
31	18/10/2001	Centro Universitário Nilton Lins - UNINILTONLINS	Privada
32	29/10/2001	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN	Estadual
33	21/12/2001	Centro Universitário de Caratinga -MG - UNEC	Privada

Fonte MEC-INEP

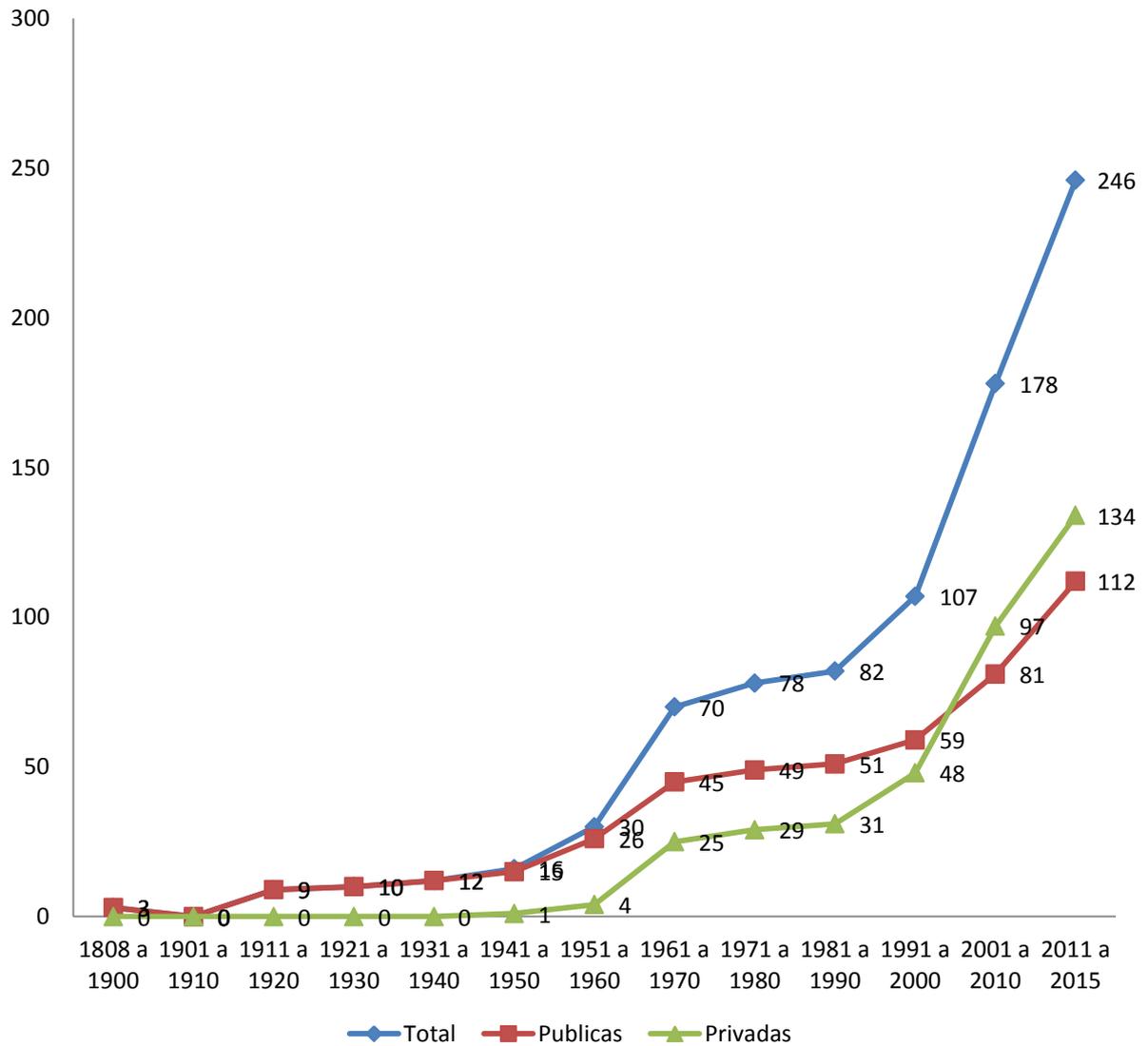
TABELA 04 Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 1990-2001.

Região	Número de cursos segundo gestão				TOTAL	%
	Federal	Estadual	Municipal	Privados		
Norte	2			1	3	9,09
Nordeste	1	4		1	6	18,18
Centro Oeste	1	1		4	6	18,18
Sudeste				10	10	30,30
Sul		1	1	6	8	24,24
TOTAL	4	6	1	22	33	100

Fonte MEC-INEP

A partir da institucionalização do SUS, a discussão sobre o "modelo assistencial" ganhou espaço nos processos acadêmicos, via projetos de extensão e de pesquisa, em determinadas disciplinas e em trabalhos de aproximação dos Centros Formadores com as instâncias gestoras do sistema, por meio de assessorias a instâncias descentralizadas do sistema de saúde (NUNES, 1998).

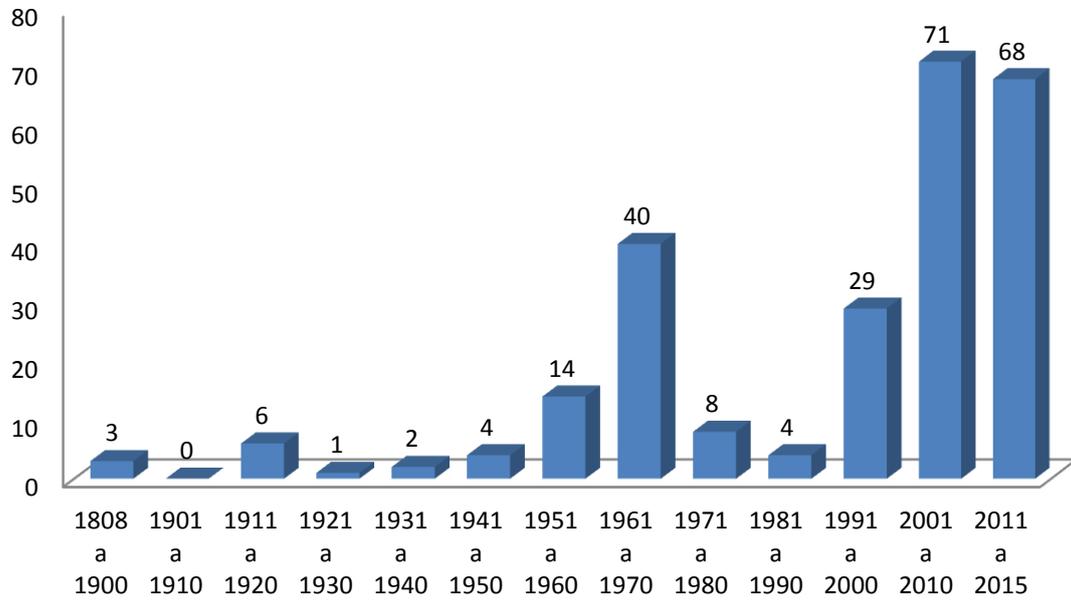
Nesse contexto desafiador para as escolas médicas, dados do Ministério da Educação - MEC, até 7 de novembro de 2001, data de publicação da DCN, mostram que haviam 114 Cursos de Graduação em Medicina. Em dezembro de 2014, o país contava com 246 cursos autorizados (GRÁFICO 1). Nesses treze anos, houve um aumento de 115.78% de cursos de medicina, já sob vigência das DCN-MED de 2001 (BRASIL 2001a, BRASIL 2001b).

GRÁFICO 01 Aberturas das escolas médicas no Brasil de 1808 até janeiro de 2015.

Fonte: MEC/INEP.

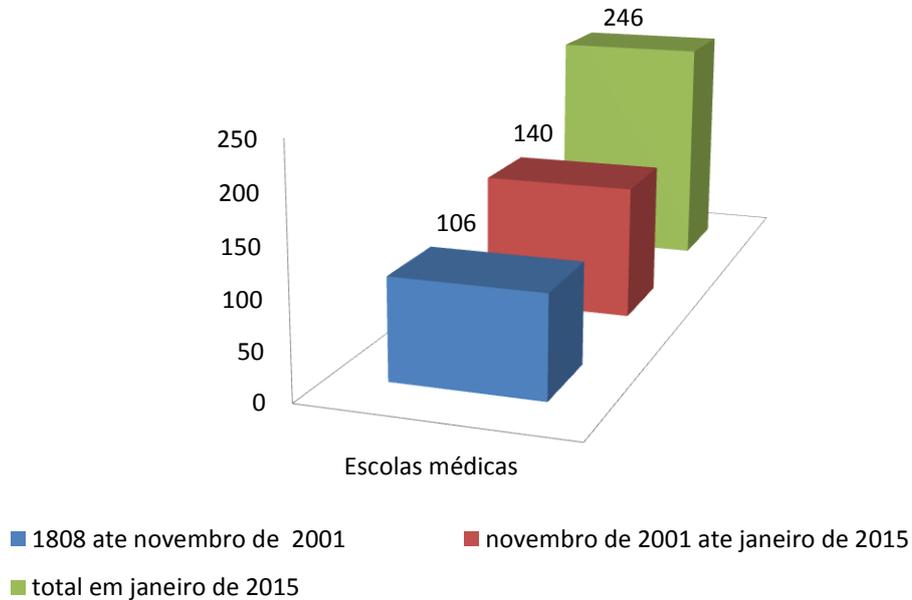
A primeira universidade privada surgiu em 1950. Após essa década, a taxa de criação de universidades privadas nunca foi inferior à de universidades públicas. A maior expansão de escolas médicas ocorreu entre 2001 e 2010, período após o DCN-2001, com predomínio das instituições privadas (GRÁFICO 2; GRÁFICO 3).

GRÁFICO 02 Aberturas das escolas médicas no Brasil, por décadas, durante os séculos XIX, XX e XXI.

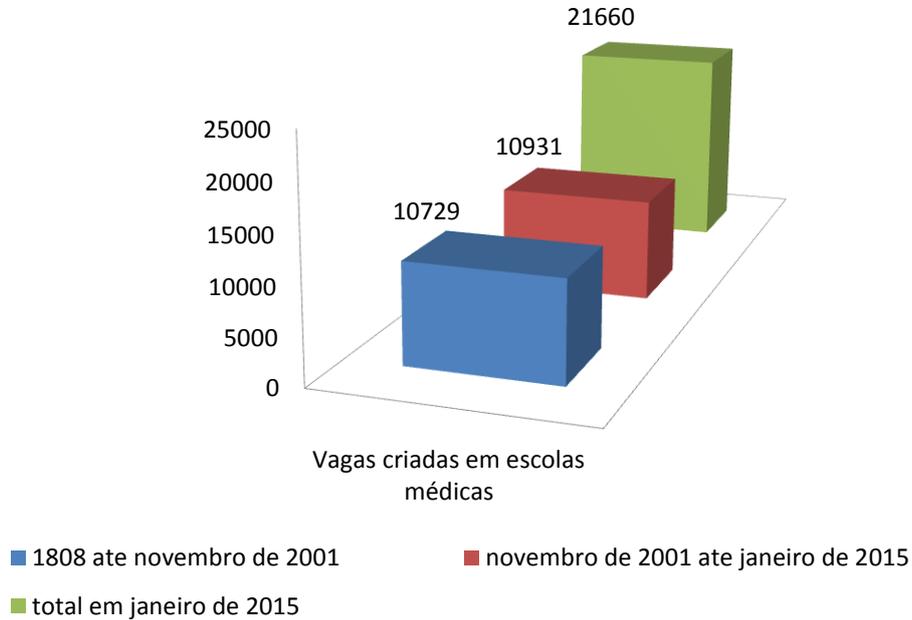


FONTE: MEC/INEP

GRÁFICO 03 Abertura de escolas médicas, antes e após da DCN 2001.



Fonte: MEC/INEP

GRÁFICO 04 Número de vagas em escolas médicas, antes e após da DCN 2001.

Fonte: MEC/INEP

Apesar desse aumento, que ampliou em 101,88% a oferta de vagas no país, a relação de médicos por habitante é bastante assimétrica nas diferentes regiões do país (TABELA 5), sendo, ainda, um ponto em discussão (BRASIL, 2014).

TABELA 05 Distribuição Percentual de Cursos de Medicina por período, região e categoria administrativa, Brasil 2002-2015.

Região	Número de cursos segundo gestão				TOTAL	%
	Federal	Estadual	Municipal	Privados		
Norte	3	1	2	5	15	11,11
Nordeste	13	7		25	39	28,88
Centro Oeste	5	2	1	7	14	10,37
Sudeste	11		1	35	51	37,77
Sul	2	2	1	12	17	12,50
TOTAL	34	12	5	84	135	100

Fonte MEC-INEP

Nesse sentido, cabe destacar que a ampliação das vagas manteve a concentração dos cursos de graduação, assim como ocorre com os programas de residência médica, em torno dos grandes centros urbanos, especialmente nas regiões sul e sudeste. Paralelamente, as dificuldades para a retenção de médicos em determinadas regiões ou municípios do país não se alteraram ao longo desses treze anos (QUADRO 6 e TABELA 6).

QUADRO 05 Escolas Médicas no Brasil por Unidade Federativa, janeiro de 2015.

UF	População	Escolas	Publicas	Privadas	Escolas/Por Habitante	Nº Vagas	População/Vagas
AC	790.101	3	2	1	1E/263.367	161	4.907h/v
AL	3.165.472	4	2	2	1E/791.368	350	9.044 h/v
AM	3.590.985	3	2	1	1E/1.196.995	380	9.450 h/v
AP	698.602	1	1	0	1E/698.602	60	11.643 h/v
BA	14.175.341	15	11	4	1E/945.023	1223	11.591 h/v
CE	8.606.005	8	4	4	1E/1.075.751	802	10.731 h/v
DF	2.648.532	5	2	3	1E/529.706	406	6.523 h/v
ES	3.578.067	5	1	4	1E/715.613	500	7.156 h/v
GO	6.154.996	6	3	3	1E/1.025.833	450	13.678 h/v
MA	6.714.314	5	4	1	1E/1.342.863	374	17.953 h/v
MG	19.855.332	37	13	24	1E/536.631	2986	6.649 h/v
MS	2.505.088	4	3	1	1E/626.272	340	7.368 h/v
MT	3.115.336	6	4	2	1E/519.223	431	7.228 h/v
PA	7.792.561	6	4	2	1E/1.298.760	546	14.272 h/v
PB	3.815.171	9	3	6	1E/423.908	855	4.462 h/v
PE	8.931.028	9	6	3	1E/992.336	867	10.301 h/v
PI	3.140.213	5	3	2	1E/628.043	392	8.011 h/v
PR	10.577.755	15	7	8	1E/705.184	1351	7.830 h/v
RJ	16.231.365	17	5	12	1E/954.786	2162	7.508 h/v
RN	3.228.198	4	3	1	1E/807.050	337	9.579 h/v
RO	1.590.011	4	1	3	1E/397.503	220	7.227 h/v
RR	469.524	1	1	0	1E/469.524	80	5.869 h/v
RS	10.770.603	15	6	9	1E/718.040	1220	8.828 h/v
SC	6.316.906	10	4	6	1E/631.691	582	10.854 h/v
SE	2.118.867	3	2	1	1E/706.289	260	8.149 h/v
SP	41.901.219	41	10	31	1E/1.021.981	4003	10.467 h/v
TO	1.417.694	4	2	2	1E/354.424	322	4.403 h/v

Fonte: IBEGE/MEC/INEP

TABELA 06 Escolas Médicas no Brasil, segundo gestão, janeiro de 2015.

Gestão	Número de escolas	Percentual
Total Privada	137	55,69%
Total Pública	109	44,30%
Pública Federal	68	27,64
Pública Estadual	33	13,41
Pública Municipal	8	3,25
Total Geral	246	100%

Fonte: MEC/INEP

A questão dos recursos humanos para saúde insere-se na discussão mundial sobre os sistemas de saúde, modelos de assistência e práticas de cuidado, agravados por contextos de pobreza e problemas sociais, além da lógica do mercado, regulação de recursos para o setor, divisão técnica e social do trabalho e educação fragmentada (RAMOS, 2009).

A crítica à pedagogia tradicional e a busca de estruturação de um novo modelo de ensino ocorreu nas mais diversas áreas do conhecimento em diferentes países. No setor saúde brasileiro, as críticas à escola tradicional e ao modelo da medicina científica tiveram como marco a realização e a publicação do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS, que denunciava a inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social (BRASIL, 1986).

O relatório final da VIII CNS foi o primeiro instrumento que apontou para a ideia de uma diretriz de formação contínua dos trabalhadores do setor, tal diretriz, pouco tempo depois, foi incluída na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde – n. 8.080/1990 – e, por fim, nas normas legais do Ministério da

A discussão de reformulação da formação profissional já estava presente em conferências de saúde ocorridas no Brasil, contudo, foi na VIII CNS, que ocorreu a estruturação dos princípios políticos e conceituais do processo de transformação do setor saúde com base na articulação de duas categorias teóricas em disputa no movimento da Reforma Sanitária: a organização social da prática

médica (DONNANGELO, 1976) e a determinação social da saúde (PAIM, 1997). O QUADRO 8 apresenta uma síntese dos movimentos nacionais e internacionais no campo da educação médica, até o final do século XX.

QUADRO 06 Marcos referenciais históricos de movimentos e de ações no campo da formação médica, no âmbito nacional e internacional, no decorrer do século XX.

Anos	Marcos Nacionais	Marcos Internacionais
1910 à 1959	<ul style="list-style-type: none"> • Congresso Nacional dos Práticos/RJ (1922) 	<ul style="list-style-type: none"> • (1910) Relatório Flexner • (1957) General Practitioners/Inglaterra • (1957) Udual 1ª Conf. das Escolas Latino-Americanas de Medicina /México
1960 à 1969	<ul style="list-style-type: none"> • ABEM – fundação (1962) • Reforma Universitária – lei 5.540 (1968) • Currículo mínimo–res.nº 8 CFE/MEC (1969) 	<ul style="list-style-type: none"> • (1960) Médico de Família – E.U./Canadá • (1962) Fundação da Fepafem (Udual)
1970 à 1979	<ul style="list-style-type: none"> • ABEM – Seminário nacional: Formação do Médico de Família (1973) • Residência Med. Geral Comunitária /criação (1976) • Cebes – criação (1976) • Abrasco – criação (1977) • CNRM – criação (1977) • ABEM – Seminário Nacional: Formação do Médico Generalista (1978) 	<ul style="list-style-type: none"> • (1972) 2º Plano Decenal de Saúde das Américas – estratégia de IDA • (1972) A Educação Médica na América Latina OMS/OPS–J.C. Garcia • (1974) Informe Lalonde – Canadá • (1976) Leavel&Clark – Med. Prev. • (1978) Declaração de Alma-Ata “Saúde para todos no ano 2000” • (1979) Network – criação OMS/OPS
1980 à 1989	<ul style="list-style-type: none"> • ABEM – Seminário Nacional: Preparação do Médico Geral na graduação (1986) • VIIIª CNS – Reforma Sanitária (1986) • Promulgação da Constituição Brasileira. (1988) • Saúde, direito de todo cidadão / SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • (1984) Médico de Família – Cuba • (1984) Modelo Spices • (1984) Fundação Alafem (Udual) • (1986) IªConf.Int. Promoção da Saúde • Carta de Ottawa / Canadá (1987) E Conferência Mundial de • Educação Médica de Edimburgo (1988) IIª Conf. Int. Promoção da Saúde
1990 à 1999	<ul style="list-style-type: none"> • ABEM/Fepafem – Projeto EMA (1990) • ABEM/CFM – formação Cinaem (1991) • Programa Saúde da Família (PSF/MS) (1992) • Lei de Diretrizes e Bases - lei 9.394 (1996) • Diretrizes Curriculares; edital nº4 MEC (1997) • Perfil do Médico Brasileiro / Fiocruz (1997) • Avaliação das Escolas Médicas: • Cinaem (1997) • MEC (1999) • Cinaem (3ªfase): Projeto de transformação do ensino médico (1999) • PSF/MS Meta: implantar 20.000 equipe (1999) 	<ul style="list-style-type: none"> • (1990) Fepafem – Projeto EMA • (1991) IIIª Conf. Int. Promoção da Saúde • (1991) Promoção da Saúde na América Latina – Declaração de Bogotá • (1993) IIª Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo • (1994) Encontro Intercontinental de Puntadel Este • (1994) Conferência Internacional de Rockville / Illinois • (1994) WHO-Wonca – Canadá • (1997) IVªConf.Int. Promoção da Saúde

Fonte: LAMPERT 2001; modificado e Adaptado de LAMPERT 2002

Apesar da discussão sobre o trabalho e a educação em saúde ter sido inscrita no relatório da VIII CNS, o relatório não mencionava nenhum fundamento pedagógico necessário à formação técnica, ética e política dos profissionais que atuam no SUS, pautada nos princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (PEREIRA, 2013).

Tal esvaziamento teórico foi sendo preenchido desde o início da década de 1990 por iniciativas como o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE, pelas instituições formadoras de profissionais da saúde, em especial as Escolas Técnicas de Saúde do SUS - ETSUS, bem como pelo Ministério da Saúde, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS. Todas essas iniciativas pautaram suas atividades em uma síntese epistemológica constituída por orientações escolanovistas (pedagogia nova), por elementos da pedagogia de Paulo Freire e, de maneira implícita, pelos pressupostos e métodos da pedagogia das competências (PEREIRA, 2013).

O acúmulo teórico e conceitual dessas iniciativas, os avanços e os desafios para a consolidação do SUS, as críticas ao esgotamento do modelo da medicina científica e da pedagogia tradicional e a instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, que trata de maneira específica do ensino e fixa as diretrizes e bases para a educação do primeiro e segundo graus foram fundamentais para o surgimento de movimentos de mudança na educação médica, como a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM e, finalmente, para a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, como política governamental de indução de mudanças na formação de profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

1.3.2. CINAEM - avaliação e transformação das escolas médicas brasileiras

A CINAEM, Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, foi um movimento conduzido por um colegiado que reuniu 11 entidades representativas dos professores universitários, da profissão médica, e de estudantes de medicina do país.

Suas bases foram constituídas durante o XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cuiabá, 1990), quando a ABEM e o CFM decidiram criar um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico do Brasil.

Os marcos fundamentais para a criação do CINAEM giraram em torno da necessidade de se conhecer melhor o ensino médico no país, a necessidade de avaliação mais adequada das Instituições, e o tipo de ensino que ofereciam e por fim, a crise nacional do setor saúde. A ideia seria constituir um movimento de envergadura nacional para discutir democraticamente o ensino e a profissão médica com representantes de professores, alunos e da sociedade civil de todas as regiões do país (CINAEM,1992; MACHADO,1999).

Segundo Nogueira (2009), a instalação da CINAEM pode ser considerada um marco histórico para a educação médica no Brasil, por representar um movimento amplamente participativo, promovido pela ABEM, pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e por mais nove instituições, com a finalidade de avaliar a educação médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde do país. Já para PUCCINI (2008) o projeto contribuiu para introduzir amplas transformações nos currículos de cursos superiores ligados à saúde, ampliando sua significância.

A CINAEM foi concomitantemente, um projeto científico liderado por pesquisadores e consultores conceituados e um movimento social. Professores, alunos, pós-graduandos e gestores profissionais realizaram a análise dos resultados de cada fase e, no processo de construção coletiva, trocavam conhecimentos, tornando-se agentes de transformação da educação médica (PUCCINI, 2008).

Os participantes ativos do CINAEM podem ser classificados como atores governamentais e atores não-governamentais. O primeiro grupo seria composto pelo alto staff da administração (presidente, staff do Executivo e políticos nomeados para cargos públicos); pelo funcionalismo de carreira; e, finalmente, pelos parlamentos e funcionários do Congresso. O alto staff da administração seria vital para a construção da agenda. Seus recursos para ação seriam as suas prerrogativas legais (SIQUEIRA, 2006).

O grupo dos atores não-governamentais abrangeria: grupos de pressão ou interesse; acadêmicos, pesquisadores e consultores; mídia; participantes das campanhas eleitorais; partidos políticos e opinião pública. Os grupos de pressão agiriam mais no sentido de bloquear do que de promover assuntos (SIQUEIRA, 2006).

Lambert (2002), também relembra o momento histórico no Brasil, ao descrever a CINAEM como uma iniciativa pioneira que surgiu, em 1991, respondendo à proposta de instituir um “exame de ordem” para a categoria médica – exame para avaliar os recém-formados, e cujo resultado lhes permitisse ou não o exercício da profissão. Em seus objetivos a estratégia era desenvolver metodologias alternativas ao projeto neoliberal de avaliação do ensino nas escolas médicas brasileiras, aplicando instrumentos de avaliação em comum acordo com o coletivo das escolas médicas e identificando os problemas e aspectos favoráveis e desfavoráveis que envolvam a formação médica no país, considerava-se ainda formular e apresentar estratégias capazes de reforçar os fatores facilitadores e de eliminar/neutralizar os fatores impeditivos do processo de mudança do modelo de formação das escolas, sistematizando, disseminando e divulgando os conhecimentos acumulados e os resultados obtidos com o desenvolvimento da avaliação e do processo de transformação das escolas médicas (CINAEM, 1992; MACHADO, 1999).

No transcurso da primeira fase os objetivos foram alcançados, construindo-se coletivamente um original processo técnico, ético e político com a participação maciça das faculdades de medicina brasileiras, das entidades de classe, da comunidade acadêmica e dos dirigentes das instituições (CINAEM, 1994).

A Articulação de esforços interinstitucionais permitiu realizar um amplo diagnóstico da realidade do ensino médico no país, ao mesmo tempo em que estruturou alguns marcos fundamentais para sua reformulação.

Nesse período, promoveu-se o processo de avaliação das escolas médicas em duas fases. A primeira, envolvendo 76 escolas, forneceu informações acerca da estrutura político-administrativa, infraestrutura material e recursos

humanos, além de informações acerca de modelo pedagógico, produção de pesquisas e prestação de serviços à comunidade (CINAEM,1994; SIQUEIRA, 2006).

Ao final desta fase emergiram algumas análises quanto ao desempenho:

- a) as escolas não alcançaram dois terços do escore desejável, não atingindo metade deste valor em aspectos cruciais como, por exemplo, recursos humanos (docentes), papel das escolas na assistência e na pesquisa e dos médicos formados;
- b) o grau de compromisso social e as relações das faculdades com a comunidade onde estavam situadas foram relacionadas ao processo de integração entre o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência. Estas preocupações localizaram o produto final da escola, neste aspecto;
- c) finalmente, mas não menos importante, verificou-se que estes atributos da escola médica determinavam a qualidade de seu produto final;

A segunda fase trouxe informações mais precisas e em maior número, com o cruzamento das informações de três estudos realizados em 48 escolas médicas: o estudo acerca do perfil do corpo docente e da estrutura econômica política-administrativa das escolas, o estudo envolvendo conhecimentos e habilidades adquiridas pelos estudantes no final do processo de formação, e outro envolvendo a avaliação do modelo pedagógico na perspectiva do Planejamento Estratégico Situacional (CINAEM,1997; MACHADO 1999).

O resultado global da avaliação prática mostrou que somente 50% dos alunos se apresentavam aos pacientes antes da consulta, e metade dos formandos explicava aos pacientes os exames que iriam fazer, mas, ao final, não elucidavam o que fora verificado. Tal quadro sugere que pelo menos 50% dos futuros médicos não aprenderam nos anos de faculdade noções de consideração pelas pessoas. Os alunos que obtiveram melhores resultados no teste *cognitivo inicial* apresentavam um maior crescimento cognitivo ao final do internato, ampliando as desigualdades ao término do curso. Os médicos formados tinham deficiências no plano da ética médica e das relações humanas, possuíam uma visão funcionalista do processo saúde/doença e apresentavam dificuldades de se manterem atualizados. Os

procedimentos mais simples no exame clínico não eram, em geral, executados (CINAEM,1997).

Para LAMPERT (2002), a situação das escolas médicas brasileiras analisadas na primeira e segunda fases da CINAEM confirmou, com riqueza de dados, a persistência da inadequação do processo de formação do médico, considerando “o produto final do processo” (o médico), o corpo docente e o modelo pedagógico da escola.

Segundo MERHY (2003), algumas características acumuladas pelas produções em toda trajetória da CINAEM já poderiam ser apontadas e divididas em dois grandes grupos. O primeiro esclarece que as escolas médicas são organizações fortemente constituídas pela lógica adocrática, ou seja, são organizadas como lugares extremamente atravessados pelo domínio de saberes e práticas, particularizados, segmentados e especializados, e que negociam tais domínios em torno dos processos pedagógicos e da capacitação profissional dos médicos, no caso, também docentes; ocorre que dentro de uma cultura adocrática numa organização, os especialistas, agrupados em núcleos, tendem a privatizar os espaços públicos e a não prestar conta do que fazem, a não ser para os seus pares. Numa situação como estes tais núcleos de especialistas ou individualmente, vão exercendo enorme autonomização ao passo que igualmente subordinando e tornando secundários os espaços coletivos que podem ordenar um sentido para o agir coletivo da organização.

Ainda de acordo com Mehry (2003), o segundo grupo aconteceu como resposta ao primeiro, onde ocorreu um grande esforço organizacional para controlar esta autonomia, na forma de um conjunto de regras e normas de controle sobre os meios; em assim sendo, as escolas médicas também são igualmente organizações burocráticas e burocratizadas, em que o domínio dos territórios dos saberes e práticas se estabelece na autonomização e fragmentação das disciplinas.

Em 1998, iniciou-se a terceira fase da CINAEM, chamada de “Transformação do Ensino Médico no Brasil”, cujo objetivo maior seria o real atendimento das necessidades de saúde da população (PICCINI,1998, MOREIRA

2010). Como essa fase requeria mudanças institucionais, as dificuldades das IES em superar seus modelos hegemônicos produziram uma desmobilização do conjunto de escolas que estavam em diferentes momentos de desenvolvimento. A retomada da mobilização no sentido das mudanças veio com a construção da Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN de 2001.

1.3.3 Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN 2001

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da Saúde - DCN-S, constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos que devem ser adotados por todas as instituições de ensino superior - IES. O primeiro parecer com diretrizes para a área da saúde –CNE/CES 1.133, de agosto de 2001 e respectivas resoluções: número 3 de Enfermagem, DCN-ENF; número 4 de Medicina- DCN-MED; e número 5 de Nutrição DCN-NUT; dispõem sobre as DCN desses cursos constando elementos sobre o perfil, competências e habilidades do egresso, os conteúdos curriculares, os estágios e atividades complementares, a organização do curso e o seu acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2001).

Outro objetivo das DCN-S foi promover o enfrentamento das condições de saúde da população, expressando a necessidades de mudanças, uma vez que, mesmo com tamanho desenvolvimento tecnológico na área da saúde, esses ganhos pouco refletiam no perfil de morbidade e mortalidade dos (as) brasileiros (as). Buscando uma formação mais orientada ao enfrentamento dessas necessidades, as DCN-MED apontaram os princípios, fundamentos, condições, procedimentos, competências e perfil esperados para a formação de novos médicos (BRASIL, 2001).

Tais diretrizes foram resultantes de um extenso e elaborado processo de discussões entre representantes do governo, professores, estudantes, pró-reitores e diretores de escolas, entre outros, podendo ser considerada um resultado de uma importante mobilização dos educadores da área da saúde no país e entendida como reflexo das tendências nacionais e internacionais que propõem inovações na formação dos profissionais de saúde.

Segundo as DCN-MED, o Curso de Graduação em Medicina deve ter como perfil do egresso/médico uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz a atuar segundo princípios éticos. Deve, ainda, atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, com ênfase no fortalecimento do SUS.

Em relação ao processo de saúde-doença, o profissional médico a ser formado deve intervir nos diferentes âmbitos da atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2001).

1.3.4 DCN Medicina 2001

O paradigma da integralidade propõe um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social, com vistas à ampliação da dimensão biológica do cuidado e à articulação de serviços e ações de saúde, com continuidade do cuidado, ao longo dos ciclos da vida. Essas inovações pretendem, por um lado, construir o novo paradigma de cuidado à saúde e, por outro, enfrentar o esgotamento do modelo flexneriano na formação de profissionais.

LAMPERT (2002) aponta avanços das DCN-MED, destacando a abrangência e a flexibilidade das diretrizes:

“Em relação às novas diretrizes curriculares, agora vigentes, pode-se afirmar que trazem claramente um avanço de abrangência política e social no contexto das necessidades em saúde da população brasileira, e exigem que as escolas médicas tenham maturidade institucional para implementá-las. Conferindo flexibilidade, o conjunto das novas diretrizes respeita a singularidade de cada escola médica, que ganha com isso legitimidade e espaço para executar as reformas que se fazem necessárias no âmbito da sua realidade.”

Em relação às DCN de 2001, o acesso e a integralidade do cuidado à saúde representam eixos estruturantes de uma formação articulada com uma nova

modelagem do Sistema Único Saúde. A partir dessa configuração, fica evidente a necessidade de profissionais com uma formação orientada às necessidades de saúde da população e à integralidade do cuidado de pessoas e populações. Dessa forma, as DCN propõem um perfil profissional com uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva, e com uma abordagem ampliada do processo saúde-doença.

Para além do perfil profissional, nas DCN também há orientações para a organização dos projetos pedagógicos dos cursos - PPC, que se expressam nos currículos. Nesse sentido, os principais indicativos para a organização curricular são a construção coletiva do currículo pelos atores das Instituições de Ensino Superior (IES), a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante e a vivência da prática profissional em diferentes cenários da atenção à saúde.

1.3.5 Movimentos ocorridos após a publicação das DCN-2001

De modo alinhado às DCN, uma sucessão de políticas públicas indutoras de mudança foi promovida pelo governo. Em 2002, o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina – PROMED foi uma proposta do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, que viabilizou recursos financeiros para projetos de reformulação curricular. As verbas foram destinadas à contratação de consultores, realização de oficinas, requalificação de professores e compra de material de ensino. O objetivo principal foi estimular uma maior aproximação da formação dos médicos à realidade do atual sistema de saúde brasileiro. Inicialmente, foi implantado em 19 escolas médicas, com a perspectiva de se avaliar os resultados à curto prazo (BRASIL, 2002).

Entre as 19 escolas médicas contempladas, 16 pertenciam a instituições públicas federais ou estaduais, sendo a maioria localizada na Região Sudeste. Sete escolas estavam situadas em municípios com menos de 500.000 habitantes; as demais se localizavam em municípios maiores, sendo cinco em municípios com população superior a 1.500.000 habitantes. Mais da metade se tratava de escola com oferta anual de mais de 100 vagas. Aproximadamente 80% havia sido criada antes dos anos 1970. Eram escolas tradicionais e contavam com mais de 30 anos de funcionamento por ocasião da sua participação no PROMED.

Somente duas escolas não ofereciam curso de pós-graduação, sendo que 12 ofereciam mestrado e doutorado. Em mais de dois terços havia residência em saúde da família. Esse programa esteve vigente por dois anos (ALVES, 2013).

O AprenderSUS também foi uma política dos Ministérios da Saúde e da Educação que se consistiu num conjunto de ações desenvolvidas em 2004, cuja proposta era induzir mudanças nas práticas em saúde, por meio da articulação de diversas iniciativas, voltadas para diferentes segmentos do sistema de saúde e da formação. Essas iniciativas visavam a promoção de um movimento em torno dos princípios e valores inovadores como o conceito ampliado de saúde, ações Inter setoriais, integralidade da atenção e uma aproximação mais orgânica entre serviço e academia (BRASIL, 2004).

Em 2005, retomando a perspectiva de orientação curricular do PROMED, foi criado o programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde - PROSAUDE. Este programa apontou situações desejadas em distintos eixos, de modo a estabelecer um diagnóstico da situação de cada escola e uma proposta de mudanças das IES no sentido das situações desejadas. Como situações desejadas o PROSAUDE estabeleceu uma escola integrada ao serviço público de saúde e que desse respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, de modo direcionado à construção e fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005).

O distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde era apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. A ideia central era de que a comunidade global tomasse consciência da importância dos trabalhadores da saúde e que se criasse condições para uma formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade (BRASIL, 2005).

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde. Com o objetivo de estimular a formação de profissionais e docentes com elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e

acadêmica, bem como promover uma atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, esse programa vem apoiando a constituição de grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar. O projeto propõe, ainda, o desenvolvimento de atividades acadêmicas de que articulem ensino, pesquisa e extensão com qualidade e excelência (BRASIL, 2008).

Para operacionalizar os grupos de aprendizagem, o PET-Saúde oferece bolsas em algumas modalidades como iniciação ao trabalho científico, destinada a estudantes de graduação no papel de monitores. O objetivo é o de produzir conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde. Também oferece apoio aos profissionais pertencentes às equipes da estratégia saúde da família que realizam orientação aos alunos de graduação da área da saúde, de modo articulado aos programas de residência credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2008).

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, o Pró-Residência Médica, com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o SUS (BRASIL, 2009).

Como modalidades de indução, foram implementadas duas ações principais: (i) o financiamento de bolsas de residência para vagas novas em programas prioritários que estejam de acordo com as políticas de saúde do SUS; e (ii) o apoio à criação, à ampliação e à requalificação de programas de residência médica prioritários por meio do apoio matricial interinstitucional. Até então, as bolsas das residências em saúde eram financiadas, essencialmente, pelo Ministério da Educação e pelas Secretarias Estaduais de Saúde. O programa também tem por objetivo apoiar o desenvolvimento de novos programas de residência médica em especialidades prioritárias em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção primária, atenção à mulher, à criança e ao idoso por meio de apoio de instituições com experiência e *expertise* em residência médica e instituições com desejo de implementar programas de residência médica (BRASIL, 2009).

Após a instituição do Programa Mais Médicos, em 2013, houve mudança na lógica de abertura dos cursos de medicina em universidades privadas. Para tanto, o Governo Federal abriu uma chamada pública, com foco nas regiões prioritárias do SUS e, em resposta, municípios e universidades apresentam propostas a serem avaliadas pelo MEC. Somente após a aprovação das propostas, que fundamentalmente contemplam uma análise do campo de práticas em serviços do SUS, os cursos de medicina poderão ser abertos (BRASIL, 2013).

Segundo a nova lógica, a análise das propostas de abertura de novos cursos passou a levar em consideração a proporção de vaga em cursos de medicina por habitante e a distância em relação ao município mais próximo com curso de medicina. A existência de pelo menos três programas de residência médica em especialidades consideradas prioritárias no SUS, como clínica médica, cirurgia, ginecologia/obstetrícia, pediatria, e medicina de família e comunidade passa a ser requisito para a abertura de um novo curso (BRASIL, 2013).

Do ponto de vista da abordagem educacional, no início do século XXI, uma boa parte das instituições formadoras na área da saúde ainda mantinham modelos essencialmente conservadores, centrados na dimensão biológica do processo saúde-doença, com destaque para o estudo de aparelhos e sistemas orgânicos e de tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (FEUERWERKER, 2002).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Formação inovadora e voltada às necessidades sociais de Saúde

A reflexão sobre o tema Educação Médica é pródiga em diagnósticos, que concluem pela necessidade de mudar a formação dos médicos e dos profissionais de saúde. As publicações sobre educação médica contêm inúmeras referências a temas como falta de preparo dos docentes, baixa produção de conhecimento, currículos herméticos com carga horária excessiva, teoria desligada

da prática, ciclos básico e clínico totalmente dissociados, ênfase nas especialidades com utilização maciça de tecnologia, gerando, em seu conjunto, profissionais médicos que irão ter uma prática profissional impessoal, fora de contexto e longe de atender as necessidades da população por atenção à saúde (PADILHA, 2002).

2.1.1 Práticas de saúde

Segundo a Constituição Federal, as ações e serviços de saúde compõem uma rede organizada segundo três diretrizes, sendo uma delas a integralidade da atenção (BRASIL, 1988). A multiplicidade de sentidos atribuídos à integralidade é, ao mesmo tempo, uma fragilidade e uma potencialidade. Podemos dizer que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetiva” num enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas, por alguns, desejáveis (MACHADO, 2007).

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (NIETSCHE, 2000).

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, DCN-S, em geral e, particularmente, para os cursos de Medicina, está alinhada às diretrizes do movimento sanitário brasileiro, que culminou com a criação do SUS. A política e o sistema nacional de saúde foram resultados de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar. No campo da saúde, esse movimento valorizou os princípios de universalidade, equidade e integralidade da saúde, assegurados pela Constituição de 1988 como um dever do Estado (BENEVIDES, 2005).

Assim, as DCN também vieram ao encontro das necessidades de consolidação do SUS, considerando a saúde como direito de cidadania, com

acesso, integralidade e qualidade, tanto para o cuidado individual como coletivo (ALMEIDA, 2007).

“[Os profissionais devem] reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (DCN-MED, 2001, p.3);

“[Os profissionais devem] atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte” (DCN-MED, 2001, p.3);

“Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo” (DCN-MED, 2001, p.1).

Nesse contexto, a criação da Política de Humanização da Atenção e da Gestão – PNH, em 2003, foi uma iniciativa governamental para reforçar a dimensão ética das práticas de saúde. Essa política tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde no sentido de valorizar a relação e o compromisso de produzir saúde, construídos entre profissionais e destes com os usuários, suas famílias e responsáveis (BRASIL, 2010).

Segundo a PNH, a problemática adjetivada como desumanização do cuidado é um conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde em relação à insensibilidade ou distanciamento dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas; os tratamentos desrespeitosos; a desconsideração das redes sócio familiares; as práticas de gestão autoritária; e as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho. Ou seja, estes problemas são a expressão fenomênica de certos modos de se conceber e de ser organizar o trabalho em saúde. Para humanizar as práticas de gestão e de cuidado, bem como as práticas pedagógicas, a PNH propõe que se incluam os diferentes sujeitos que participam desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos

processos de produção de saúde e deformação do trabalhador de saúde (BRASIL, 2010).

A partir desses referenciais, fica evidente a necessidade de formação de profissionais com um perfil que incorpore a integralidade como eixo do cuidado e que inclua novas tecnologias capazes de promover a humanização das práticas de saúde. Estas capacidades estão intimamente articuladas com tecnologias do trabalho em saúde. Em relação às “tecnologias das relações”, Merhy (1997) define três categorias para tipificar as tecnologias do trabalho em saúde: “tecnologias duras”, dependentes das máquinas, instrumentos, normas, as quais já têm seus produtos programados a priori; as “tecnologias leve-duras” são as do conhecimento técnico, que têm uma parte estruturada como o raciocínio clínico-epidemiológico e, ao mesmo tempo, ao aplicar este conhecimento, o trabalhador o faz do seu jeito próprio, ou seja, esta é a parte leve, onde entra a interferência do profissional, que dá o seu tom singular. Há, ainda, as “tecnologias leves”, que dizem respeito às relações, e que se mostram fundamentais na produção do cuidado (MERHY, 1997 e 2002b).

No campo das “tecnologias leve-duras”, além do raciocínio clínico-epidemiológico utilizado para melhor compreender o processo saúde-doença das pessoas, todas as profissões de saúde, em alguma medida, deveriam incorporar elementos da saúde coletiva em sua prática. Nessa perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral. A outra inserção na matriz seria vertical: a saúde coletiva, ou saúde pública, como uma área específica de intervenção. Uma área especializada e com valor de uso próprio, diferente da clínica ou de outras áreas de intervenção (CAMPOS, 2007).

As DCN abriram um importante espaço para que pudessem ser trabalhadas outras dimensões da formação médica, para além do campo biológico, incluindo o desenvolvimento de capacidades relacionadas ao cuidado integral à saúde, com destaque aos aspectos subjetivos e sociais, tanto individuais como

coletivos, assim como as capacidades de gestão e de aprendizagem ao longo da vida.

2.1.2 Práticas de gestão em saúde.

As áreas de “planejamento e gestão” podem ser vistas como um conjunto bastante amplo de produções técnico-científicas que, de modo mais tradicional, pertenceu a uma das divisões da saúde coletiva já denominada “Planejamento e Administração em Saúde”. Ao longo dos últimos 30 anos, a saúde coletiva se consolidou como campo de produção de saber e prática, nas diversas carreiras da área da saúde. O planejamento e administração em saúde serviram de eixo aglutinador para objetos de investigação e propostas de intervenções sociais tão diversas quanto, por exemplo, a gerência de unidades ambulatoriais ou hospitalares, a gestão de recursos humanos, a organização de sistemas de saúde, a fundamentação epidemiológica para a instituição de programas assistenciais, a avaliação das atividades e ações dos serviços, o financiamento do sistema, entre outros (SCHRAIBER, 1999).

As práticas sociais, todas elas – a clínica, a saúde pública, a pedagogia, a gestão e a política podem produzir uma infinidade de matizes entre controle e autonomia. Essas práticas operam, em potencial, tanto em prol de reduzir as pessoas à condição de objetos sujeitados a algum poder, quanto no sentido de multiplicar as possibilidades de sujeitos viverem mais livremente, segundo sua consciência crítica. Essa liberdade significaria que, embora condicionados ao contexto e aos compromissos, estariam aptos a lidar com relativa autonomia diante da objetividade das coisas e das relações sociais (CAMPOS, 2007).

Os saberes e práticas apoiados no positivismo ou no estruturalismo reforçam a polaridade objeto das pessoas, por intervirem sobre os seres reduzidos à condição de receptores. Ainda que, na prática, um máximo de coisificação seja impossível, distintas estratégias políticas, sanitárias e terapêuticas fundadas sobre essas duas correntes filosóficas buscam a progressiva redução dos coeficientes de liberdade e de autonomia dos sujeitos. A *práxis* social daí advinda reafirma, embora não como fatalidade, a tendência histórica das instituições oprimirem a dimensão

singular de cada sujeito ou os interesses e necessidades dos grupos dominados (CAMPOS, 2007).

Entretanto, a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia a essa tensão e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação e gestão do cuidado, mostrando-se pouco permeável ao controle social sobre o setor. Em relação às DCN-MED, as práticas de gestão em saúde aparecem com destaque:

“ (i) nas “competências gerais” com: tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento (DCN-MED, 2001, p.1,2);

(ii) nas competências específicas com: atuação nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário; comunicação adequada com os colegas de trabalho, pacientes e seus familiares; análise crítica da dinâmica do mercado de trabalho e políticas de saúde; consideração da relação custo-benefício nas decisões médicas; visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde; atuação em equipe multiprofissional e atualização em relação à legislação pertinente à saúde (DCN-MED, 2001, p.2).

(iii) nos conteúdos curriculares com: a abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção (DCN-MED, 2001, p.5) ”.

Como parte das tecnologias “leve-duras”, a gestão em saúde é fundamentada pelo pensamento estratégico. A partir dessa racionalidade, a priorização e a organização de ações e serviços de saúde geram modos singulares de promover e participar da micro gestão do trabalho em saúde e de modelar sistemas de saúde e a macrogestão. Nesse campo, a gestão da clínica tem sido utilizada como uma tradução e adaptação da concepção de “*clinical governance*” para expressar um sistema de tecnologias de gestão aplicados na atenção à saúde. Segundo Mendes (2011) a gestão da clínica tem origens em dois movimentos principais: um, mais antigo, desenvolvido no sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos, a atenção gerenciada -*managed care*; outro, mais recente, a governança clínica -*clinical governance*, desenvolvida no Serviço Nacional de Saúde – NHS do Reino Unido (MENDES, 2011).

A proposta da gestão da clínica inspirou-se na governança clínica, trazendo dela, e adaptando à realidade do sistema público brasileiro, um de seus

elementos constitutivos, o conjunto de tecnologias voltadas à melhoria da qualidade da atenção à saúde nos sistemas de saúde, buscando maior eficiência, efetividade e eficácia, com segurança para pacientes e profissionais. Além disso, buscou incorporar tecnologias voltadas à redução da variabilidade dos procedimentos em saúde, considerando o melhor equilíbrio entre padronização e singularização da atenção.

O movimento da atenção gerenciada, surgiu no sistema privado americano, porém mantendo alguns princípios baseados no sistema público inglês, idealmente proposto para solucionar determinadas condições identificadas no sistema vigente americano como a indução da demanda pela oferta, o exercício de risco moral por parte das pessoas usuárias, o pequeno incentivo dado aos prestadores em controlar seus custos, e os incentivos para a prestação de serviços. Da combinação desses elementos resulta uma propensão ao incremento dos custos dos sistemas de atenção à saúde e certa impossibilidade em se contrapor a essa tendência (MENDES, 2011).

Para operacionalizar esses princípios foram propostas novas estruturas e sistemas, um conjunto de diretrizes clínicas nacionais, baseadas em evidências clínicas; padrões de desempenho construídos com indicadores de efetividade clínica, segurança e eficiência; instituição do Instituto Nacional de Excelência Clínica; instituição da Comissão de Melhoria da Saúde; e a formalização de um sistema de governança clínica, capaz de garantir serviços de qualidade em todos os níveis de cuidados do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A governança clínica desenvolve-se, na prática social, por meio de uma ação ordenada e concomitante, em seis elementos fundamentais: a educação permanente dos profissionais de saúde; a auditoria clínica, subordinada a uma política de qualidade e realizada pelo método de auditoria que confronta a prática real com padrões de excelência predefinidos e busca reduzir a brecha entre eles; a efetividade clínica que é a medida da extensão em que uma particular intervenção clínica realmente funciona; a gestão dos riscos, seja para as pessoas usuárias, seja para os profissionais de saúde, seja para as organizações de saúde; o desenvolvimento de novas práticas clínicas e sua incorporação em diretrizes

clínicas; e a transparência, quando o desempenho do sistema de atenção à saúde está permanentemente aberto ao escrutínio público (STAREY, 1999).

A proposta da gestão da clínica incorpora, da governança clínica, especialmente, a centralidade na educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde.

Segundo Mendes (2002), a gestão da clínica pode ser considerada um conjunto de tecnologias de micro gestão da clínica destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada. Nesse contexto, a gestão da clínica parte das diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera.

Paralelamente a esse conceito, outros autores nacionais têm problematizado a gestão em saúde e o conceito de governança clínica. Um dos pontos diz respeito à ampliação do foco das diretrizes clínicas para além da dimensão biológica do cuidado. Outro, focaliza a inclusão de aspectos de produção de subjetividade, tanto na atenção à saúde como no trabalho em saúde. Um último, destaca a tensão entre autonomia e controle na gestão da clínica (CAMPOS, 2007; MERHY, 2002b; CECILIO, 2003).

Assim, a valorização da área da gestão em saúde nas DCN implica o desenvolvimento de capacidades relacionadas à problematização do processo de trabalho e à compreensão de que diferentes modelos de gestão se subordinam a um determinado conjunto de valores que traduzem preferências e prioridades (CECCIM, 2004a e 2004b).

2.1.3 Formação orientada por competência e organização curricular

A estratégia voltada à mudança é bem clara nos documentos produzidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Pode-se identificá-la nas diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde, especialmente pela orientação por competência ao invés de uma listagem de conteúdos que caracterizavam o currículo mínimo e pela inserção do estudante e docentes no mundo do trabalho, destacando a parceria serviço-academia (DCN-S, 2001).

As diretrizes curriculares orientam para a elaboração dos currículos da área da saúde, dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes. As DCN estimulam uma ruptura com as concepções que fragmentam e pulverizam o conhecimento nas grades curriculares. Apontam para a incorporação de novas tecnologias educacionais, tencionando a mera transmissão de conhecimento e informações, e valorizando o desenvolvimento de capacidades voltadas ao enfrentamento dos desafios e das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (DCN-S, 2001).

A DCN-MED propõem um perfil profissional com uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar segundo uma perspectiva ampliada da assistência, que inclua as dimensões biológica, subjetiva e social do processo saúde-doença. Em função dessa ampliação, devem desenvolver capacidades para promover um cuidado integral à saúde, de modo a articular ações, serviços e profissionais para atuarem nos problemas de saúde da sociedade:

“Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos” (DCN-MED, 2001, p1).

As diretrizes propõem, ainda, uma maior aproximação da formação com a realidade de trabalho, por meio de um currículo orientado por competência. Ao definir um perfil de competência, com destaque para o desenvolvimento de capacidades em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção,

recuperação e reabilitação à saúde, as DCN tencionam os modelos convencionais, nos quais esse contato ocorre a partir do quarto ano da graduação, predominantemente em serviços hospitalares (CIUFFO, 2008).

Uma maior aproximação entre os mundos do trabalho e da educação desloca o papel dos serviços de saúde do lugar de campo no qual ocorre a aplicação de práticas para o lugar de um ator corresponsável na formação de profissionais de saúde. Essa orientação mostra coerência com a Constituição Federal de 1988, na qual o SUS deve ser responsável pela ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. A Lei Orgânica da Saúde - LOS aponta que a política para recursos humanos nessa área objetiva um sistema de formação da graduação à pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento para os trabalhadores do SUS (CIUFFO, 2008; SILVA, 2013; MS-PRH-SUS, 2003).

De modo geral, as DCN definem “competências gerais e específicas” para as carreiras da área da saúde. Como competências gerais, as DCN estabelecem as áreas de: atenção à saúde; tomada de decisão; comunicação; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente. Como específicas, são definidos conhecimentos, competência e habilidades condizentes com a atuação de uma determinada carreira. Entretanto, ao utilizar “competências e habilidades” como título de um dos itens competências gerais e específicas, essa denominação ajuda a ampliar a polissemia já existente em torno do termo competência (BRASIL, 2001).

Na literatura educacional, a concepção de competência traz embutida disputas ideológicas existentes nos campos da sociologia e do trabalho, que se reflete em distintos conceitos e abordagens. O foco do presente trabalho é abordagem de competência como uma condição originada pela combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, relacionadas a novas exigências dos diversos mercados de atuação, contudo haverá uma breve revisão sobre o tema.

Frequentemente, na Pedagogia, a noção de ensino baseado em competência foi associada à avaliação de objetivos comportamentais. É o caso da aprendizagem pelo domínio, proposta por Bloom. O objetivo do ensino, portanto, o

que merece ser avaliado, também adotou o conceito de *performance* ou desempenho, ou seja, as ações efetivamente manifestas um objetivo útil explicitaria as condições nas quais o estudante deveria realizar dado desempenho, definindo o nível de *performance* considerado aceitável (AGUIAR, 2010).

No fim da Idade Média, a expressão competência era associada essencialmente à linguagem jurídica. Dizia respeito à faculdade, atribuída a alguém ou a alguma instituição, de apreciar e julgar certas questões (BRANDAO, 2001). Por extensão, o conceito de competência veio a designar o reconhecimento social sobre a capacidade de alguém de pronunciar-se em relação a determinado assunto e, mais tarde, passou a ser utilizado, de forma mais genérica, para qualificar o indivíduo capaz de realizar determinado trabalho (ISAMBERT, 1997).

A preocupação das organizações em contar com indivíduos capacitados para o desempenho eficiente de determinada função não é recente. Taylor (1970) já alertava, no início do século passado, para a necessidade de as empresas contarem com homens eficientes, ressaltando que a procura pelos competentes excedia a oferta. Na época, com base no princípio taylorista de seleção e treinamento do trabalhador, as empresas procuravam aperfeiçoar em seus empregados as habilidades necessárias para o exercício de atividades específicas, restringindo-se às questões técnicas relacionadas ao trabalho e às especificações de cargo (BRANDAO, 2001).

Posteriormente, em decorrência de pressões sociais e do aumento da complexidade das relações de trabalho, as organizações passaram a considerar, no processo de desenvolvimento profissional de seus empregados, não somente questões técnicas, mas também aspectos sociais e comportamentais relacionados ao trabalho.

Ao definir competência, Zarifian (1996), por exemplo, faz alusão à metacognição e a atitudes relacionadas ao trabalho, baseando-se na premissa de que, em um ambiente dinâmico e competitivo, não é possível considerar o trabalho como um conjunto de tarefas ou atividades predefinidas e estáticas. Para esse autor, competência significa. Assumir responsabilidades frente a situações de trabalho

complexas [aliado] (...) ao exercício sistemático de uma reflexividade no trabalho, permitindo ao profissional lidar com eventos inéditos, surpreendentes e de natureza singular (ZARIFIAN, 1996, p. 5).

As mudanças da perspectiva do trabalho, das relações corporativas, de gestão de empresas, das exigências e expectativas do consumidor, ampliaram o que se espera do profissional, para além do produto final e incorporou inter-relações e condições que ampliam uma abordagem intersubjetivas, absolutamente distinta daquelas estritamente objetivista, como expressados nos modelos taylorista-fordista (VALLE, 2003).

As mutações organizacionais encontram-se articuladas com um maior desenvolvimento das funções intelectuais avaliativamente às funções ditas operativas-, com a maior participação dos trabalhadores nos processos utilizados, e com o desenvolvimento da dimensão cognitiva nos processos de produção. Os efeitos da mudança tecnológica nos conceitos de competência e qualificação, segundo Kovács (1998), traduzem-se tendencialmente em termos de saberes predominantemente de carácter intelectual, da supressão gradual de atividades de transformação física, capacidades do domínio interpessoal, e capacidade de aprendizagem contínua, entre outras.

Ao revisitar o conceito de “competência” enquanto instrumento de orientação para formação profissional, englobando os princípios integrativos dos domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal, temos favorecida a fusão entre a teoria e prática dos profissionais, criando um resinificado do saber em relação sua vida profissional e atuação, voltando assim os descritos na DCN-MED, 2001.

“...capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática” (BRASIL, 2001, p2);

“...O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdo, 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...” (BRASIL, 2001, p5).

Em sua descrição, LIMA (2005) relata sobre o resgate integrador trazido pela concepção construtivista de competência que valoriza tanto as capacidades como as tarefas, coloca os atributos pessoais em relação com distintas construções sociais que legitimam esses atributos de acordo com a história das sociedades em diferentes épocas.

A concepção construtivista de competência identifica os processos pelos quais sociedades e pessoas, como agentes da história, criam, transmitem e transformam os saberes e valores, em um contexto laboral. Esses conjuntos de informações identificam e legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional. Esta explicitação permite um processo mais aberto de exploração de distintos conceitos, interesses, valores e ideologias que, invariavelmente, governam e determinam a intencionalidade dos processos educativos, porém nem sempre são discutidos de um modo mais participativo e democrático pela sociedade. Nesse sentido, a concepção construtivista guarda relação com a compreensão interacionista da relação escola-sociedade na qual a escola é potencialmente capaz de influenciar a sociedade, sendo por ela constituída (MOGLIKA, 2003).

Para se definir e estruturar um currículo orientado por competências é necessário fazer uma opção conceitual em relação ao que se entende como competência, destacando que as referências para as diferentes escolhas têm raízes histórico-sociais nos quais foram desenvolvidas. As distintas abordagens representam disputas ideológicas nos campos da educação e do trabalho. Dessa forma, a construção de currículos e programas educacionais orientados por competência promove a seleção dos conteúdos considerados legítimos para a formação e define seus processos pedagógicos, embasado em seus valores históricos, culturais, científicos e educacionais.

As matrizes referenciais para as diferenças encontradas nos conceitos de competência têm raízes histórico-sociais nos países onde foram desenvolvidas e representam disputas ideológicas no campo da educação (AGUIAR, 2010). A depender da concepção atribuída ao termo competência, um currículo pode estar orientado para:

- (i) a aquisição e posse de capacidades, sendo que essas são individualmente avaliadas, predominantemente com foco no domínio cognitivo, característico das abordagens condutistas;
- (ii) a realização de determinadas tarefas, sendo essas avaliadas pela presença ou ausência de desempenhos observáveis, frequentemente por meio de “checklist” e característico das abordagens funcionalistas;
- (iii) o desenvolvimento de uma prática profissional contextualizada no mundo do trabalho e referenciada por critérios de excelência. Para essa terceira abordagem, denominada construtivista, os formatos de avaliação devem analisar como as capacidades são colocadas em ação, considerando os diferentes contextos do trabalho em saúde (LIMA, 2005).

Dentro da concepção construtivista, a abordagem holística de competência articula os diferentes elementos integrantes da competência, promovendo uma releitura das abordagens condutista e funcionalista. Por meio dessa abordagem, competência é entendida como uma articulação de vários elementos: (i) as capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais; (ii) as ações da prática profissional; (iii) o contexto; e (iv) os critérios de excelência. Assim, competência é uma metacapacidade que promove a mobilização e articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, para enfrentar problemas da prática profissional, segundo contexto e critérios de excelência.

2.1.4 Metodologias de ensino-aprendizagem

A necessidade de mudanças metodológicas e conceituais, a partir das quais se desloque o processo de ensino-aprendizagem da simples memorização mecânica com pura transmissão de informações em direção à construção do conhecimento e ao desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, tendo em conta experiências anteriores de conhecimento, de cultura e de vida” estão nas DCN de 2001 (GOMES, 2010).

SILVA (2008) também relata sobre a importância da formação numa perspectiva de profissionalidade reflexiva, deixando claro que o paradigma de

racionalidade técnica, caracterizado por modelos tendencialmente uniformizadores e de matriz reprodutora não é mais suficiente, nas suas lógicas e pressupostos, para enfrentar o desafio da formação de enfermeiros e médicos, numa perspectiva humanista e, como tal, integradora das dimensões pessoal e profissional da formação e do desenvolvimento humano.

Mudanças têm ocorrido na sociedade e também nos serviços de saúde, fazendo com que as Universidades avancem e se modifiquem, objetivando formar profissionais mais flexíveis e capazes de exercerem suas atividades, com excelência, considerando os diferentes contextos do trabalho em saúde. A orientação da formação para que os profissionais sejam capazes de aprender ao longo da vida e de modo orientado às necessidades reais da população estão claras nas DCN e podem ser observadas em diferentes partes do documento:

“(...) ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde mais frequentes, referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde” (BRASIL, 2001, p.5);

“Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais” (BRASIL, 2001, p.2).

Ao considerar que a educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo, de interdependência e de transdisciplinaridade, as DCN orientam uma religação entre os saberes existentes. Essa orientação tenciona os currículos fragmentados e apontam para a importância da integração das diversas dimensões do processo saúde-doença:

“À integração e a interdisciplinaridade [devem ser coerentes] com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais” (BRASIL, 2001, p.5);

“[os projetos pedagógicos] devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania” (BRASIL, 2001, p.5);

MITRE (2008) refere que o grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a conseqüente expansão da consciência individual e coletiva, amparados pela crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica, ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação.

Especificamente em relação à educação médica, suas bases no último século inspiraram-se no chamado “Relatório Flexner”, publicado em 1910 e que sistematizou um estudo sobre a educação médica no Canadá e estados Unidos no documento *“A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”*. Esse conjunto de avaliações e diretrizes é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América - EUA, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. As mudanças induzidas no modelo de educação médica resistem a mais de cem anos e ainda se encontram vigentes na maior parte das escolas médicas do mundo (PAGLIOSA, 2008; FLEXNER, 1910).

Em suas recomendações, Flexner (1910) sugeria uma grade curricular de quatro anos, dividida em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital. Em função do contexto encontrado em diversos cursos analisados, passou a recomendar o ensino em laboratórios e instalações adequadas ao ciclo básico. Recomendou, ainda, que o ciclo clínico ocorresse fundamentalmente no hospital, pois esse seria um cenário privilegiado para estudar as doenças. Segundo Flexner (1910), o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados parte do processo de saúde-doença.

Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. As faculdades passaram a investir no ensino de laboratório nas áreas básicas como anatomia, fisiologia, patologia, e a parte teórica nas especialidades (PAGLIOSA, 2008).

Paralelamente à estruturação das escolas médicas segundo as orientações do relatório Flexner, a atuação no setor saúde produzia importantes descobertas no sentido da cura e controle das doenças, mas pouco interferia no perfil de morbidade e mortalidade das populações. Esse respondia melhor às ações voltadas à melhor distribuição de renda, saneamento básico e políticas de assistência social. A partir da década de 1960, críticas recorrentes ao setor da saúde ficaram mais expressivas, em todo o mundo. Esse movimento foi denominado a “crise da medicina” e evidenciou o descompromisso promovido pelas diretrizes flexnerianas em relação à realidade e às necessidades de saúde das pessoas e das populações (NUNES, 1983).

Estas constatações provocaram uma intensa movimentação nos meios acadêmicos, instituições internacionais de saúde, como a Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e outras, governos, fundações internacionais, instituições representativas de classe e na sociedade em geral, no sentido de promover uma transformação na formação de profissionais de saúde (MITRE, 2008).

Nesse contexto, experiências educacionais inovadoras puderam ser construídas e experimentadas. A aprendizagem baseada em problemas - ABP foi primeiramente instituída na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster, Canadá, na década de 1960. Em 1984, a Escola de Medicina de Harvard iniciou uma proposta curricular em ABP, passando a desenvolver um currículo único que *tinha como estratégias a ABP, o processo ensino-aprendizagem centrado no estudante e o resgate da relação médico-paciente como elemento agregador de conteúdos biopsicossociais* (AGUIAR, 2001).

Ainda que outras escolas americanas, canadenses e europeias já tivessem adotado inovações até mais radicais, a proposição de Harvard “*marcou a*

incorporação de um novo modelo no cerne das instituições de ensino e pesquisa de indiscutível prestígio, gerando uma significativa pressão para mudanças em outras instituições” (CYRINO, 2004, p3).

No Brasil, as instituições pioneiras na implantação dessa modalidade de estrutura curricular foram a Faculdade de Medicina de Marília, em 1997, e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, em 1998 (FEUERWERKER, 2002). No Estado do Rio de Janeiro, o primeiro curso a utilizar a ABP foi o da Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO, em 2005 (MITRE, 2008).

As origens filosóficas da ABP encontram suas raízes na teoria do conhecimento do filósofo americano John Dewey, que se afirma entre o último decênio do século XIX e o terceiro decênio do século XX por meio de movimentos como a Escola Nova e o movimento ativista (CYRINO, 2004).

Outra metodologia ativa de ensino-aprendizagem, utilizada na graduação de profissionais de saúde é a problematização. Em relação a essa metodologia, a relação ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação do processo educacional. Apoiada nos fundamentos da pedagogia crítica, a problematização tem por meta “*o desenvolvimento da consciência crítica*”, e responde à essência de ser da consciência. O ensino problematizador ou ensino baseado na investigação – *Inquiry Based Learning*-teve início em 1980, na Universidade do Havaí, como proposta metodológica que buscava um currículo orientado para os problemas, definindo a maneira como os estudantes aprendiam e quais habilidades cognitivas e afetivas seriam adquiridas (CYRINO, 2004). Fundamenta-se na pedagogia libertadora de Paulo Freire, nos princípios do materialismo histórico-dialético e no construtivismo de Piaget (MITRE, 2008).

Tanto a ABP como a problematização têm, em comum, uma pergunta focal -*o que está acontecendo?* - como padrão para gerar novas informações, mediante processos de análise e síntese. Mas o ponto de partida, os pressupostos e a estrutura de trabalho desenvolvida, inclusive no campo afetivo, é diferente. O problema é mais abrangente na problematização, formulando-se pela observação de

uma realidade com todas as suas contradições, enquanto na ABP o problema é apresentado aos alunos pelo professor-tutor. A problematização é mais propícia para encorajar os alunos, em cada etapa de sua experiência de aprendizagem, a refletirem sobre a situação global de estudo de uma realidade concreta, com seus conflitos e contradições (CYRINO, 2004).

Na ABP, os estudantes começam o estudo assumindo que o paciente da situação apresentada em papel- tem um problema e que sua tarefa será identificá-lo, buscando explica-lo e enfrentá-lo por diferentes caminhos do estudo. Tanto na ABP como na problematização, os estudantes levantam as hipóteses para explicar o problema em estudo. Na problematização, inclui-se um segundo momento de formulação de hipóteses para a solução e encaminhamento do problema, como possibilidade de propor uma intervenção na realidade (CYRINO, 2004).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

As metodologias de pesquisa qualitativa são compreendidas a partir da capacidade que possuem de incorporar aspectos do significado e da intencionalidade dos sujeitos como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

De acordo com Minayo (2007), pesquisa é a constante atividade de descoberta da realidade que define um processo inacabado e permanente. É a aproximação da realidade que nunca se esgota e que tende a fazer uma combinação entre teoria e dados.

Para o presente estudo será realizada uma pesquisa qualitativa. Essa abordagem foi escolhida em função da natureza do objeto e do caráter processual e relacional do tema a ser investigado. Segundo Minayo (2007, p. 57), a abordagem qualitativa se aplica:

“Ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (...) se conforma melhor à investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. (...) caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo...”.

Desse modo, para Minayo (1994), os princípios do modelo científico para compreensão do mundo social incluem a intersubjetividade, compreendendo as questões sociais como significativas, a racionalidade e a intencionalidade, onde as ações e interações obedecem a regras e costumes, conhecendo meios, fins e resultados. O tipo do estudo será interpretativo-descritivo, uma vez que visa explicar as causas de um fenômeno, identificando as interações que o produzem (NAVARRETE, 2006).

O tratamento científico se constituirá no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais (LAKATOS e MARCONI, 2005).

3.2 Definição dos cenários de pesquisa: amostra intencional

3.2.1 Critérios de inclusão

Para seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios inclusão:

- a) Instituições alocadas na região Sudeste do Brasil, compreendendo os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo;
- b) Instituições de Ensino Superior que possuam registros e documentações no MEC, que as classifiquem como tendo curso de medicina reconhecido e/ou autorizado;
- c) Instituições de Ensino Superior com Categoria Administrativa Federal;
- d) Instituições que divulgam seus PPC em sites oficiais da própria instituição, ou centro/departamento ou curso.

3.2.2 Critérios de exclusão.

Para seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios exclusão:

- a) Registros e documentações em desacordo com o MEC;
- b) Ausência do PPC em sites oficiais da própria instituição ou centro/departamento ou curso.

3.2.3 Elucidação dos critérios.

O grupo de Estados escolhidos representa a região do País com maior número de escolas médicas, atualmente 100 cursos de graduação médica, que representam 41,1% dos cursos de graduação registrados no Ministério da

Educação, a região oferece 9651 vagas de ingresso na graduação médica, correspondendo a 44,55% das vagas oferecidas anualmente no país (e-MEC, 2014).

A concordância de documentação e registros perante o Ministério da Educação é o critério que garante a legitimidade da Instituição perante as diretrizes da Educação Superior no Brasil, também reflete critérios de abertura supervisionados, avaliações periódicas segundo os princípios praticados em território nacional.

A opção por estudar as Instituições Federais deveu-se às características administrativas dessas Instituições, especialmente pela maior relação e alinhamento com as políticas educacionais e gerenciais dos Ministérios da Saúde e Educação. Assim, essa amostra corresponderia a um conjunto de instituições com maior potencial de implantação de diretrizes governamentais, nesse caso, as DCN. Além desse aspecto, para essas instituições são comuns: a fonte de financiamento, os programas de qualificação, supervisão e avaliação. Essas instituições, foram ainda, aquelas que mais observam o critérios de divulgação de seus PPC em sites formais.

Depois de empregados os critérios de inclusão, a amostra ficou composta por 19 instituições de ensino superior, 12 do Estado de Minas Gerais (63,15%), quatro do Estado do Rio de Janeiro (21,05%), duas do Estado de São Paulo (10,2%) e uma do Estado do Espírito Santo (5,26%).

O grupo selecionado representa 7,7% do total de Universidades instaladas no Brasil, 28 % do contingente de Universidades Federais, oferecem 1883 vagas de ingresso que representam 8,7 % das vagas oferecidas no País. A média de anos dos cursos nas universidades foi de 49,68 anos, na amostra intencional encontram-se seis das onze primeiras universidades criadas no país, o que ocorreu entre os anos de 1808 e 1933, refletindo a trajetória de todos os movimentos históricos da graduação médica brasileira, outro dado é que na mesma amostra intencional 8 Instituições possuem 5 anos ou menos de início de suas atividades, criadas já nos modelos e diretrizes vigentes.

3.3 Fontes coleta de dados secundários

O Projeto Pedagógico de Curso - PPC é um documento público que tem por finalidade apresentar os cursos das Instituições de Ensino Superior, para a comunidade acadêmica. Deve ser elaborado de forma participativa e incluir representantes de todos os segmentos envolvidos com o curso, tendo como base o Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI e o Projeto Pedagógico Institucional - PPI, evidenciando entre seus princípios a indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão, a interdisciplinaridade e articulação entre as diversas atividades desenvolvidas, flexibilização curricular, contextualização e criticidade dos conhecimentos, ética como orientação das ações educativas e prática de avaliação qualitativa, sistemática e processual do PPC .

O Projeto Pedagógico do Curso é mais do que uma formalidade instituída: é uma reflexão sobre a educação superior, sobre o ensino, a pesquisa e a extensão, a produção e a socialização dos conhecimentos, sobre o aluno e o professor e a prática pedagógica que se realiza na universidade. O Projeto Pedagógico do Curso é uma aproximação maior entre o que se institui e o que se transforma em instituinte. Assim, a articulação do instituído com o instituinte possibilita uma análise da tradução que um determinado conjunto de autores fez em relação às DCN (VEIGA, 2004).

Para a presente pesquisa a fonte de dados, considerada secundária consiste no Projeto Pedagógico do Curso - PPC de cada instituição de ensino/curso de medicina, incluída na amostra intencional.

Será avaliado o documento em sua última versão antes da publicação das diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina de 2014, o documento será obtido exclusivamente por meio da internet, junto aos sites oficiais do curso/instituição, a ausência do documento será descrita nos resultados. Para os documentos não presentes na primeira busca, foram realizadas buscas adicionais, semanalmente até a data de 01 de fevereiro de 2015, considerando-se a possibilidade de posterior inclusão.

Em relação à política de publicação do Projeto Pedagógico, apesar de ser um documento público, não existe legislação que obrigue sua publicação “*online*”. Como a estratégia de obtenção dos PPC se restringiu à busca desses junto aos sites oficiais das Instituições, foram obtidos doze projetos, perfazendo 63,1% do universo definido.

3.4 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa em bases secundárias de dados e por serem os PPC documentos públicos, essa investigação não requereu aprovação de um comitê de ética em pesquisa em seres humanos.

3.5 Análises dos dados coletados

A análise documental possui como foco documentos ou textos, com posterior realização de classificação e indexação, de maneira que o objetivo principal é a representação condensada da informação para consulta, armazenagem e interpretação (SANTOS, 2012).

A análise documental tem como propósito estudar o conteúdo de um documento por meio de técnicas que permitam produzir interpretações, baseadas nos marcos referenciais que sustentam a investigação. A análise documental possui primeiramente a função primordial do desvendar crítico, além do propósito de sistematizar as informações de uma maneira que possibilite o fácil acesso ao observador, visando obter o máximo de informação, com elevada pertinência. Com isso, consente-se passar de um documento primário ou bruto para um documento secundário, que versa na representação do primeiro (BARDIN, 2009; SANTOS, 2012).

Para proceder a análise documental foi utilizada uma codificação no sentido de evitar a identificação dos PPC selecionados e a quebra de sigilo. Para a apresentação de resultados, a identificação das instituições foi protegida por meio da atribuição aleatória de códigos: MED1 a MED19

Inicialmente, os PPC foram integralmente lidos, de modo a garantir a maior compreensão possível da totalidade de cada documento. Após esse processo de imersão nos textos, uma matriz avaliativa foi aplicada a cada PPC. A matriz avaliativa foi construída segundo eixos e elementos das DCN de modo a favorecer sua interpretação e categorização. Todos os projetos pedagógicos dos cursos foram submetidos à avaliação de dois pesquisadores. As leituras e aplicação da matriz foram realizadas separadamente. Quando houve conflito na análise, um terceiro pesquisador foi acionado.

Foram incluídos 12 projetos e avaliados à luz da matriz analítica composta por 7 categorias e 39 subcategorias (FIGURA 02) totalizando 468 itens avaliados por cada pesquisador, obtendo concordância alinhamento (QUADRO 8) em 450 itens (96,15%).

3.5.1 Criação da matriz analítica e definição das categorias.

O processo de criação da matriz analítica ocorreu desde o início das atividades do projeto, e envolveu um grupo de trabalho composto por docentes participantes do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar, docentes do curso de medicina, componentes do Colegiado da Graduação e docentes de outros departamentos, ligados à área da saúde.

Aproximadamente dez docentes participaram dessa fase inicial, em 2013. Foram agregados seis pós-graduandos, também do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar, que desenvolviam trabalhos semelhantes para outras graduações da saúde, à saber: enfermagem, biomedicina, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e odontologia.

Foram realizadas reuniões mensais de agosto de 2013 a dezembro de 2013, visando o estudo e a discussão do referencial teórico à luz das DCN-S. Para cada graduação foram aplicados os eixos centrais e incorporadas as especificidades de cada curso, no formato de categorias analíticas.

A análise das DCN permitiu a definição das categorias e subcategorias analíticas que constituíram a matriz avaliativa, segundo eixo. Foram identificados dois eixos: (i) Perfil Profissional e (ii) Currículo, sendo contemplada a análise de coerência interna do PPC, em relação aos elementos constitutivos das diretrizes. A coerência externa também foi analisada, com foco na inserção da formação médica no contexto do SUS, com ênfase na integração teoria e prática e na articulação trabalho-educação.

Em relação ao eixo perfil profissional - **MPP**, a matriz foi construída segundo os seguintes componentes das DCN: competências gerais e conhecimentos, competências e habilidades específicas. Para essa matriz foram definidas quatro categorias analíticas: MPP1 – Perfil Geral; MPP2 – Atenção à Saúde; MPP3 – Gestão em Saúde; MPP4 – Educação na Saúde.

MPP1 - Perfil Geral: compreende as capacidades gerais esperadas na atuação do profissional médico. Segundo as DCN, o perfil geral deve ser de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania;

MPP2 - Atenção à Saúde: compreende as capacidades relacionadas à assistência ou atenção à saúde; implica o desenvolvimento do raciocínio clínico epidemiológico para uma condução acurada da anamnese e exame clínico e da investigação e formulação diagnóstica, considerando as condições de saúde prevalentes no país. Segundo as DCN, o médico deve ser um agente de transformação social, nos diferentes níveis de atendimento, com ênfase na atenção primária e secundária. Deve promover práticas de saúde integradas e contínuas, nas diversas instâncias do sistema de saúde, incluindo a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, no âmbito individual e coletivo.

MPP3 - Gestão em Saúde: compreende as capacidades relacionadas à organização do trabalho em saúde. Segundo as DCN, envolve a atuação desses profissionais em equipes de saúde, incluindo os processos de tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de ações e serviços no Sistema Único de Saúde.

Implica o desenvolvimento do raciocínio estratégico visando à qualidade, eficiência e efetividade da atenção à saúde;

MPP4 - Educação na Saúde: compreende as capacidades relacionadas à aprendizagem ao longo da vida. Segundo as DCN, o estudante e o profissional médico devem aprender continuamente, tanto na sua formação como na sua prática, e devem se responsabilizar e assumir compromisso com a formação das futuras gerações de profissionais. Implica o desenvolvimento do raciocínio crítico e reflexivo e uma atuação baseada em melhores evidências, com domínio da metodologia científica, de modo a apoiar e contribuir para a produção de conhecimentos na área da saúde na matriz voltada ao eixo curricular –

MC, os dados coletados foram analisados à luz dos seguintes componentes das DCN: conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades e o acompanhamento e a avaliação do egresso. Para essa matriz foram definidas três categorias analíticas: MC1 – Organização; MC2 – Metodologia; MC3 – Avaliação.

MC1 - Organização: compreende o quê e quando ensinar; se refere à seleção, ao arranjo e à articulação ou sequência dos conteúdos no currículo, com destaque à relação desses com a construção do perfil profissional. De acordo com as DCN, os conteúdos devem estar orientados às necessidades de saúde da sociedade e do SUS, sendo abordados interdisciplinarmente. Devem favorecer a integração teoria-prática, de modo mais precoce do que o encontrado em currículos tradicionais. Devem, ainda, incluir as dimensões éticas e humanísticas, voltadas às atitudes e valores orientados para a cidadania. As DCN destacam conteúdos relacionados às dimensões biológica, subjetiva e social do processo saúde-doença, assim como da prática clínica.

MC2- Metodologia: refere à seleção de estratégias e métodos que representam as metodologias de ensino. De acordo com as DCN, a formação deve privilegiar a utilização de metodologias ativas que estimulem a construção do conhecimento e a integração de conteúdo. Deve, também, estimular a interação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência, contribuindo para um contexto em que se aprende uns com os outros de modo plural, respeitando a diversidade cultural e de valores.

MC3 - Avaliação: compreende a avaliação de processos, produtos e resultados das intervenções educacionais, contemplando a perspectiva de todos os envolvidos. De acordo com as DCN, a avaliação deve ser permanente, a fim de permitir ajustes e seu aperfeiçoamento, em processo. As avaliações dos alunos devem ser baseadas em competência, habilidades e conteúdos. As metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso devem estar em consonância com o sistema de avaliação e com a dinâmica curricular da Instituição à qual pertence (FIGURA 1).

MATRIZ ANALÍTICA

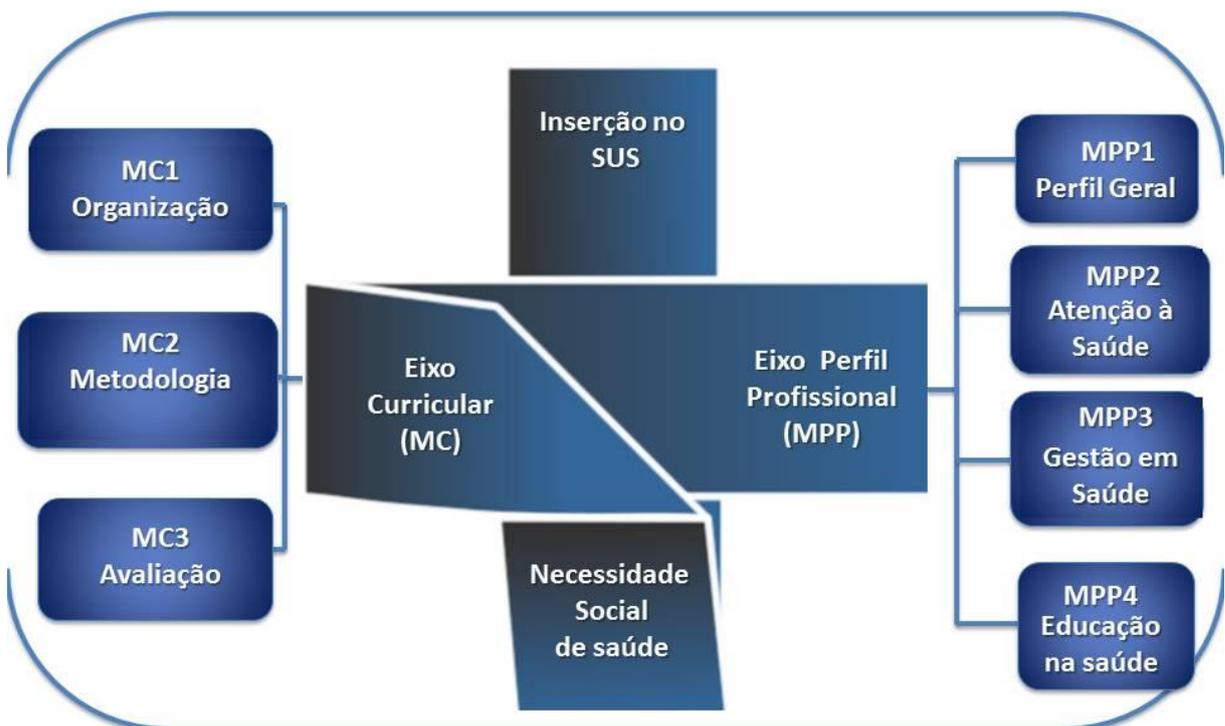


FIGURA 01 Articulação das categorias analíticas para análise dos PPC à luz das DCN de Medicina - 2011.

3.5.2 Validação da matriz analítica

O processo de validação envolveu médicos educadores e mestrandos de quatro instituições com experiência na formação médica e em currículos orientados por competência. A validação foi realizada segundo a técnica Delphi permitindo obter consenso a respeito das categorias, subcategorias e critérios de análise. A técnica Delphi é indicada quando os dados sobre determinado assunto são escassos ou se trata de um novo conhecimento. Ela minimiza dificuldades associadas com a interação do grupo e também pode ser realizada à distância, por via eletrônica (ANDRE, 2013).

O produto da validação da matriz definiu os critérios utilizados em cada subcategoria (FIGURA 2).



FIGURA 02 Composição da Matriz em eixos, categoria e subcategoria.

A matriz validada, segundo eixo, categorias e subcategorias pode ser acompanhada no Apêndice. A cada critério foi qualitativamente descrito e correspondeu a uma pontuação. A atribuição do critério e respectiva pontuação visaram explicitar em que grau o PPC atendia ou contemplava as DCN e, conseqüentemente, as conquistas e desafios observados a partir da tradução das

diretrizes nos projetos pedagógicos desse conjunto de cursos analisados (QUADRO 07).

QUADRO 07 Grau de alinhamento dos Projetos Pedagógicos dos Cursos às DCN, escolas inseridas na amostra.

Classe segundo categorias analíticas	Pontuação atribuída
Atende/contempla a totalidade	3
Atende/contempla a maioria	2
Atende/contempla pouco	1
Não consta	0

A interpretação da natureza das conquistas e dos desafios foi processada por meio do diálogo entre as categorias analíticas e o referencial teórico utilizado. Por meio dessa análise de dados buscou-se revelar as tendências e os obstáculos e oportunidades enfrentadas pela IES no processo de implantação dessa política indutora de mudanças na educação médica.

4 RESULTADOS

4.1 - Análise do Projeto Político dos Cursos.

Em relação à publicação dos PPC, o tempo de publicação foi em média de 3,9 anos, variando entre um e oito anos de publicação com desvio padrão de 2,27 anos. A composição média de páginas foi de 161, variando de 14 a 338, com Desvio Padrão de 89,29 páginas.

A aplicação matriz avaliativa aos 12 projetos pedagógicos, considerando-se o eixo Perfil Profissional, resultou uma média aritmética para cada item avaliado, com respectivo desvio padrão (TABELA 7).

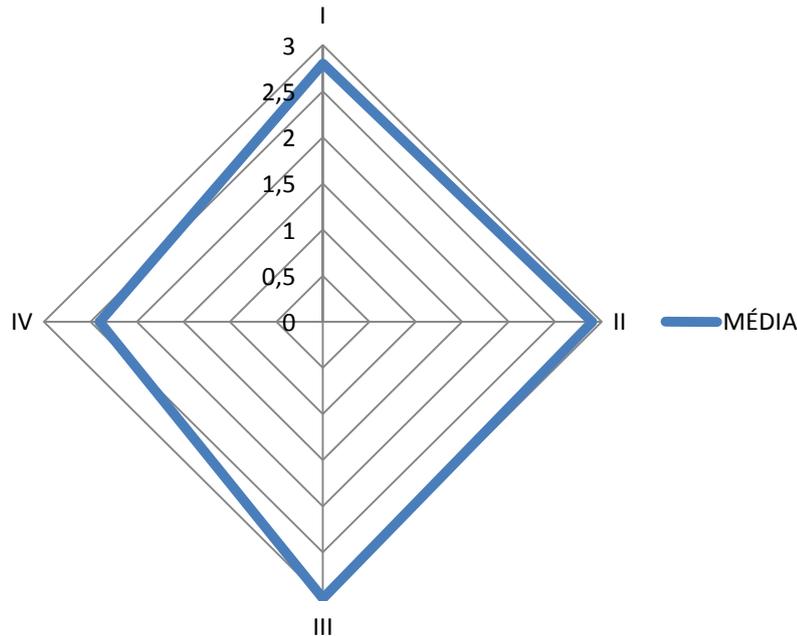
TABELA 07 Média de aproximação e desvio padrão – DP do Eixo Perfil Profissional, categoria Perfil Geral.

SUBCATEGORIAS		MÉDIA
I	Perfil generalista, humanista, crítica e reflexiva	2,83
II	Atuar segundo princípios éticos, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania	2,91
III	Assistência ao processo saúde-doença de forma integral (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) para indivíduos e coletivos nas dimensões biopsicossociais	3,00
IV	Atuação nos diferentes níveis de atendimento à saúde, conforme perfil epidemiológico, com ênfase em sua região de atuação	2,41

I- Perfil generalista, humanista, crítica e reflexiva, II Atuar segundo princípios éticos, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, III Assistência ao processo saúde-doença de forma integral (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) para indivíduos e coletivos nas dimensões biopsicossociais, IV Atuação nos diferentes níveis de atendimento à saúde, conforme perfil epidemiológico, com ênfase em sua região de atuação

Esses dados foram colocados num gráfico de área, visando mostrar, o grau de aproximação às DCN (GRÁFICO 5).

GRAFICO 05 Pontuação média na categoria Perfil Geral.



Foi possível verificar que no eixo “Perfil Profissional, a categoria “Perfil Geral do Egresso” foi a que mais traduziu as orientações da DCN-2001, com uma pontuação média de 2,79 pontos.

A discussão sobre o perfil profissional generalista, humanista, com ações éticas teve destaque na gênese das diretrizes, em função da necessidade de mudanças em relação ao perfil formado pelas escolas frente às necessidades de saúde da sociedade. Um novo perfil do profissional médico tornou-se o centro das discussões, principalmente considerando-se a fragmentação do processo de formação e a alta busca por subespecialidades, logo após a graduação.

Ao garantir, constitucionalmente, que o SUS é o ordenador da formação dos recursos humanos em saúde, a definição de um perfil generalista tornou-se relevante, em função das necessidades de atendimento para a maioria dos problemas de saúde das populações. Essa necessidade é conflitante com a alta busca por subespecialidades médicas.

Globalmente, os projetos trataram desse elemento das DCN de forma semelhante, invariavelmente fazendo uma primeira grande descrição do perfil e revisitando essa caracterização ao longo do documento. A subcategoria III, do eixo “Perfil Profissional”, categoria Perfil Geral teve pontuação 3 em todos os projetos avaliados.

O principal desafio para o desenvolvimento do perfil geral reside na pouca descrição das estratégias que permitiriam o desenvolvimento das capacidades gerais nas disciplinas ou atividades curriculares mais específicas. Cabe destacar que em alguns projetos, de forma muito oportuna, foi explicitado, nas ementas das disciplinas ou atividades curriculares, como os respectivos conteúdos seriam desenvolvidos ou contribuiriam para uma formação generalista, humanista e ética do estudante.

Para uma formação generalista, é importante destacar que a compreensão e intervenção no processo saúde-doença só faz sentido se esse for trabalhado no contexto em que indivíduo está inserido, enquanto sujeito histórico, personagem de um meio social, familiar, comunitário, que muitas vezes traduz os determinantes de saúde envolvidos na gênese de patologias. Ao considerar o contexto do sujeito na produção de sua saúde-doença, o profissional, mesmo que se especializar, não perde a dimensão generalista do cuidado.

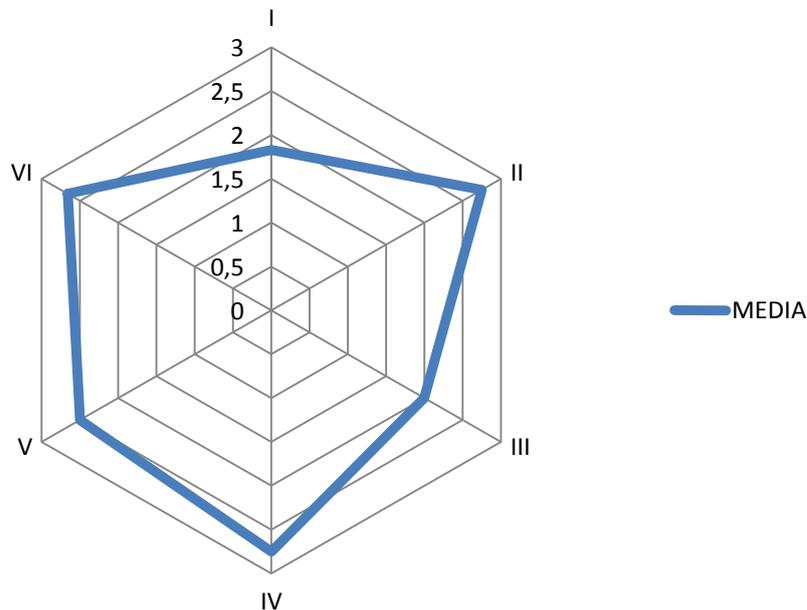
Além desse aspecto, ao explicitarem o conceito de integralidade do cuidado, de forma contínua entre os diversos níveis assistenciais e englobando as abordagens preventiva, curativa e de reabilitação, o perfil nos PPC também expressou um carácter generalista. A integralidade na perspectiva individual e coletiva e nas dimensões biológica, psicológica e social reforçam esse perfil.

Tanto a ideia de determinantes do processo saúde doença e integralidade foram apresentadas nos projetos avaliados. As ferramentas utilizadas também foram comuns, e partiram da ideia de ampliar a visão do egresso para as necessidades pessoais do indivíduo, com compromisso, ética e responsabilidade.

No tocante à categoria assistência à saúde do perfil profissional, a média ficou menor que a categoria perfil geral, mostrando uma maior dificuldade de tradução das orientações das DCM para essa área de competência (TABELA 8 e GRÁFICO 6)

TABELA 08 Média de aproximação e desvio padrão – DP do eixo Perfil Profissional, categoria atenção à saúde.

SUBCATEGORIAS		MÉDIA
I	Ser acessível, manter a confidencialidade das informações, compromisso, responsabilidade, empatia	1,83
II	Atuar como agente de transformação social, nos diferentes níveis de atendimento, com ênfase nos atendimentos primário e secundário	2,75
III	Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação	2,00
IV	Realizar anamnese, construção da história clínica e a técnica do exame físico, reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral	2,75
V	Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos, utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas	2,50
VI	Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico	2,66

GRAFICO 06 Pontuação média na categoria atenção à Saúde

O conceito de integralidade também está presente nessa categoria e, de forma mais evidente na subcategoria II. Os conceitos de acessibilidade, empatia e a atuação como agente de transformação social não aparecem de forma articuladas nos projetos, como se verifica na subcategoria I.

Segundo Cataldo (1998), questões psicológicas e posturais dos estudantes de medicina já foram descritas como um dos aspectos determinantes na relação assistencial. Ainda segundo esse autor, alguns estudos mostraram que as atitudes céticas dos alunos aumentam no decorrer do curso, enquanto sentimentos humanitários decrescem, com diminuição da empatia com os pacientes, ocorrendo um processo de desumanização ou brutalização do estudante.

Referências internacionais de enfrentamento são reconhecidas desde 1995, quando foi adotada uma resolução pelo Comitê de Acreditação em Educação Médica dos EUA (Liaison Committee on Medical Education) e pelo Comitê de Acreditação das Escolas Médicas Canadenses (Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools) segundo a qual “as habilidades de comunicação são fundamentais para a educação e o funcionamento eficiente dos médicos” e que “deve haver instrução e avaliação específicas destas habilidades, já que estão

relacionadas a responsabilidades médicas, incluindo comunicação com pacientes, famílias, colegas e outros profissionais de saúde .

No Brasil, existem alguns modelos como o de DE MARCO (2010), através de laboratórios de comunicação, realizados durante períodos definidos da graduação; tais movimentos têm sido utilizados como possibilidades para o enfrentamento das barreiras associadas a comunicação do estudante, visando ainda fortalecer aspectos atitudinais e éticos, fundamentais e inter-relacionados com o perfil do egresso pretendido.

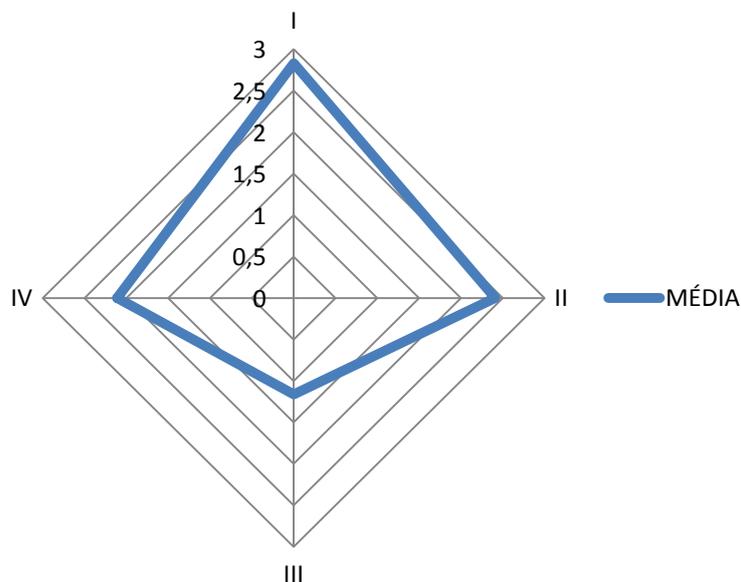
Em relação à categoria gestão em saúde do perfil profissional, a média ficou ainda menor que a categoria assistência à saúde, mostrando uma menor expressão dessa área de competência no PPC dos cursos.

Em relação ao eixo Perfil Profissional, a categoria Gestão em Saúde, foi o que mais se distanciou da DCN com 2,12 pontos. Essa categoria trata de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, gestão, empreendedorismo, planejamento estratégico, liderança e comunicação. Considerando as quatro subcategorias avaliadas, a menor pontuação foi observada naquela voltada ao desenvolvimento de capacidades de liderança e empreendedorismo (TABELA 9 e GRÁFICO 7).

TABELA 09 Média de aproximação e desvio padrão – DP do eixo Perfil Profissional, categoria gestão em saúde.

SUBCATEGORIAS		MÉDIA
I	Trabalhar em equipe multiprofissional, assumir posições de liderança, tomar iniciativas, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade	2,83
II	Habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz, fazendo o gerenciamento e administração da força de trabalho, recursos físicos, materiais e de informação	2,41
III	Atuar de modo empreendedor, como gestor ou liderança na equipe de saúde	1,16
IV	Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde, ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde	2,11

GRÁFICO 07 Pontuação média na categoria Gestão em Saúde



Os temas relacionados à área de competência de gestão em saúde foram, historicamente, os principais determinantes da criação da identidade médica no início do século XIX, com a realização do Congresso dos Práticos. Esses

conteúdos e o desenvolvimento de práticas de gestão foram se perdendo ao longo das décadas, fato é que houve pouca ou nenhuma incorporação do ensino de conteúdos gerenciais e administrativos na graduação em medicina, até meados do século XXI.

As grades de ensino com conteúdos gerenciais e administrativos em saúde ocorrem em resposta às necessidades do SUS de incorporar profissionais com capacidade de análise de mercado, uso racional de recursos, trabalho em equipe e liderança. Por se tratar de um conjunto de novas capacidades para a prática médica, entende-se que se trata de um processo de longo prazo.

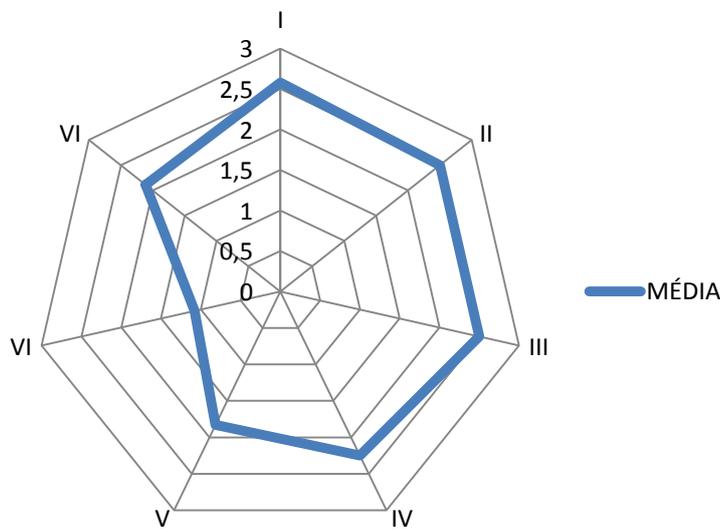
Os projetos analisados apresentaram, de maneiras absolutamente diferentes, o modo de trabalhar com esses conteúdos e práticas, ao longo da graduação. Poucos, apresentaram propostas bem definidas e que contemplaram plenamente as subcategorias analisadas. Dentre esses destaca-se que especificaram as estratégias e exploraram conteúdos e práticas de gestão em cenários reais do trabalho em saúde, aproximando a gestão da clínica. Foram explicitadas atividades para o desenvolvimento de capacidades de planejamento em saúde, considerando-se a legislação vigente, no contexto do SUS e da realidade profissional.

Segundo Arruda (2011), a limitação de práticas administrativas e de gestão, durante a graduação médica, limitam o egresso a incorporar em sua *praxis* valores e condutas que são imprescindíveis para o planejamento e gestão no contexto do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, a integralidade e diversidade de conteúdos na graduação surgem como dois importantes desafios, quando pensamos em uma nova lógica de formação de médicos.

Em relação à categoria educação na saúde do eixo perfil profissional, a média foi igual à de gestão em saúde, o que coloca essas duas áreas de competência do perfil numa expressão mais frágil em relação à de assistência à saúde. Cabe destacar que o desvio padrão nessa categoria foi de 1,73 enquanto que na de gestão em saúde foi de 0,70.

TABELA 10 Média de aproximação e desvio padrão – DP do eixo Perfil profissional, categoria Educação na Saúde.

SUBCATEGORIAS		MÉDIA
I	Avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas	2,58
II	Aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais	2,50
III	Dominar os conhecimentos científicos biopsicossocial e ambiental subjacentes à prática médica	2,50
IV	Conhecer os princípios da metodologia científica, leitura crítica de artigos técnico-científicos e interpretação dos dados	2,25
V	Participar da produção de conhecimentos	1,33
VI	Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico	1,08
VII	Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde	2,11

GRÁFICO 08 Pontuação média na categoria Educação na Saúde

Na categoria Educação na Saúde, a subcategoria VI que aborda o próprio cuidado, físico e mental como médico e cidadão, foi a que mais se distanciou entre todas com 1,08 pontos. Dos doze projetos avaliados, onze apenas citaram esse conteúdo da formação e, ao longo do documento, não fazem mais nenhuma referência ao tema.

Em 2007 o Conselho Federal de Medicina publicou o documento intitulado “A Saúde dos Médicos no Brasil”, documento que apresentava as inúmeras patologias desenvolvidas por profissionais médicos ao longo de sua carreira, e denunciava abusos como carga horária de trabalho, múltiplos vínculos empregatícios entre outros. Esse documento reflete o fato de que não está política da maioria das Instituições discutir com o estudante aspectos do cuidado da sua própria saúde física e mental, os efeitos a longo prazo são claros e bem documentos do ponto de vista científico.

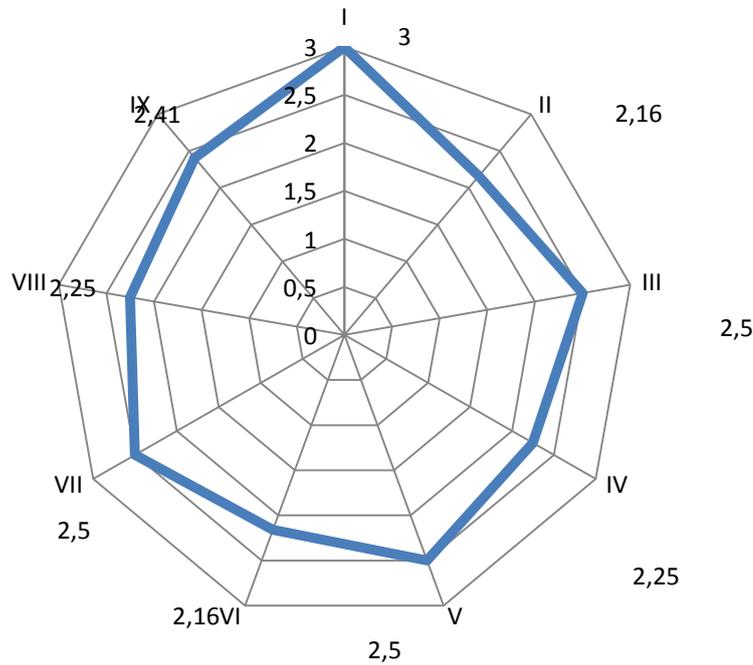
Ainda nessa categoria, um dos PPC analisados apresentou um modelo de unidade de apoio psicológico longitudinal, que oferece suporte às inúmeras demandas do estudante e acompanhamento ao longo da graduação, parecendo está uma experiência positiva para promover o enfrentamento desse desafio.

Em relação ao eixo Currículo, a categoria organização do curso apresentou uma média de 2,41 com desvio padrão de 0,70 (TABELA 11 e GRÁFICO 9).

TABELA 11 Média de aproximação e Desvio Padrão – DP do eixo Currículo, categoria organização.

SUBCATEGORIAS		MÉDIA
I	Realidade epidemiológica e profissional orientando o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade – exploradas no sentido da integralidade das ações do cuidar em medicina	3
II	Determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença - explorados nos âmbitos individual e coletivo	2,16
III	Bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos - exploradas a partir de problemas da prática em saúde e na forma como o médico o utiliza	2,50
IV	Processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental) - explorados segundo ciclos de vida	2,25
V	Integração e a interdisciplinaridade de modo transversal no currículo, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais	2,50
VI	Articulação ensino-serviço e a formação médico-acadêmica orientada às necessidades sociais da saúde, no contexto do SUS	2,16
VII	Articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência	2,50
VIII	Atividades complementares: monitorias e estágios; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins	2,25
IX	O colegiado do curso define a estrutura curricular: modalidade (seriada anual, seriada semestral), sistema de créditos ou modular	2,41

GRÁFICO 09 Pontuação média na categoria Organização.



Na categoria da Organização do Curso, subcategoria I, obtivemos pontuação máxima de três pontos. Essa subcategoria possui a mesma temática de integralidade da subcategoria III, eixo perfil profissional, categoria perfil geral, e apenas essas duas subcategorias obtiveram pontuação máxima.

Os conteúdos curriculares podem ser compreendidos como sendo todas as situações e temáticas relacionadas ao processo saúde-doença, expressas em conhecimentos, habilidades e atitudes, que devem ser trabalhadas de modo a fundamentar uma prática competente. Fazem parte desses conteúdos os critérios de excelência construídos segundo o desenvolvimento científico, ético e social de uma determinada sociedade.

Embora a falta de uma diferenciação sobre a natureza e as relações entre os termos: conhecimentos, competências, habilidades e conteúdos utilizados nas DCN-MED dificulte o entendimento sobre qual o papel de cada um desses elementos na construção de competência, ao apontarem uma maior articulação com o mundo do trabalho, as DCN se aproximam da concepção construtivista de

competência. Ao valorizar o desenvolvimento contextualizado das capacidades profissionais, destacando a importância da formação articulada ao mundo do trabalho, com maior aproximação entre teoria e prática, a noção de competência das DCN se volta para o desenvolvimento de uma prática contextualizada. A necessidade de os estudantes atuarem em equipe multiprofissional no sistema hierarquizado de saúde e em atividades de política e de planejamento em saúde, como um agente de transformação social são exemplos dessa orientação.

“A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto” (BRASIL, 2001, p.8);

“(…) a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato” (BRASIL,, 2001, p.14);

“Vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS” (BRASIL, 2001, p.14).

A formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras, ou tradicionais, sob forte influenciado mecanicismo de inspiração cartesiana, newtoniana, fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica (MITRE, 2008)

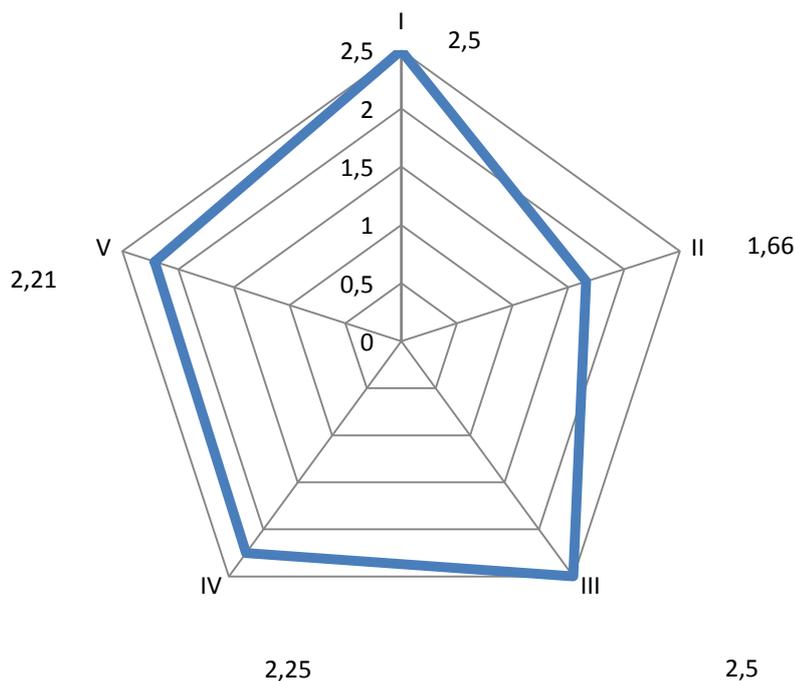
A orientação para a utilização de metodologias inovadoras de ensino, que permitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, visa ultrapassar a dimensão técnica para incorporar a dimensão da arte no cuidado. Nesse sentido, as DCN apontam para um importante avanço em relação aos modelos tradicionais, centrados na transmissão de informações. Para as DCN, a formação deve considerar o homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (MITRE, 2008; VIGNOCHI, 2009):

A aplicação matriz avaliativa aos 12 projetos pedagógicos, considerando-se a categoria Metodologias está apresentada na TABELA 12 e GRÁFICO 11.

TABELA 12 Média de aproximação e Desvio Padrão – DP do eixo Currículo, categoria metodologias.

SUBCATEGORIAS		MÉDIA
I	Aprendizagem centrada no aluno como sujeito ativo e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem	2,50
II	Uso de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos	1,66
III	Inserção do aluno em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional, desde o início do curso (precocemente)	2,50
IV	Diferentes cenários de ensino-aprendizagem	2,25
V	Interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando lidar com problemas reais, assumir responsabilidades crescentes, compatíveis com seu grau de autonomia	2,21

GRÁFICO 10 Conquistas e desafios na categoria Metodologias.



As metodologias ativas de ensino-aprendizagem baseiam-se no aumento da capacidade do discente em participar como agente de transformação social durante o processo de detecção de problemas reais e de busca por soluções originais. De fato, um dos aspectos cruciais das metodologias ativas reside no processo educativo centrado no estudante, permitindo que este seja capaz de se tornar independente, adquirindo graus crescentes de autonomia. As metodologias ativas consideram que o conhecimento deve ser produzido a partir da interação entre sujeito e mundo, como amplamente defendido por educadores como Paulo Freire (GOMES, 2010).

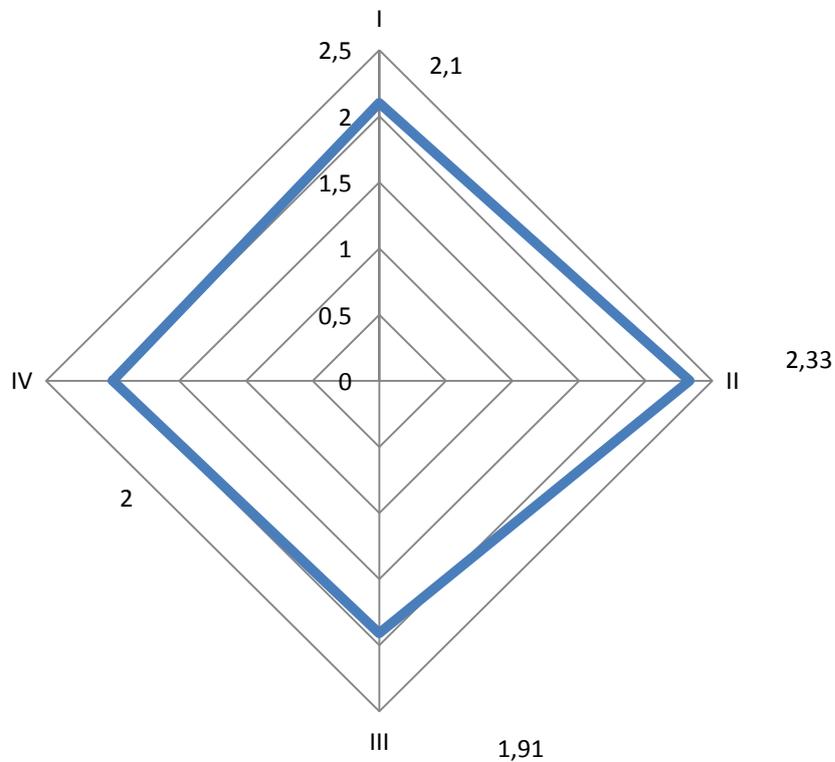
Assim, é fundamental estimular, no estudante em formação, o desenvolvimento da sua capacidade para compreender, global e sistemicamente, os problemas que a especificidade dos contextos e das respectivas circunstâncias lhes coloca. Trata-se de estimular a capacidade de perceber, de forma integrada, as pessoas e as suas motivações, os acontecimentos e as relações que entre todos se estabelecem e que produzem diferentes formas de se lidar com o mundo (SILVA, 2008).

Identificou-se na subcategoria III uma potencial fragilidade de não inserção do aluno precocemente em práticas relevantes à sua vida futura. Tal achado pode refletir a persistência de grades curriculares baseadas na lógica dicotômica de ciclo básico, composto por disciplinas não clínicas, realizado fora do contexto assistencial, compreendendo os três primeiros anos da graduação e ciclo clínico, composto com disciplinas clínicas e realizado exclusivamente no contexto assistencial, compreendendo os três últimos anos de formação.

TABELA 13 Média de aproximação e Desvio Padrão – DP do eixo Currículo, categoria Avaliação.

SUBCATEGORIAS		MÉDIA
I	Avaliações dos alunos baseadas nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais	2,1
II	Utilização de metodologias e critérios de avaliação orientada por competência	2,33
III	Acompanhamento permanente para permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento	1,91
IV	Avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso em consonância com o sistema nacional de avaliação	2,0

GRÁFICO 11 Conquistas e desafios na categoria Avaliação



A adoção de currículos baseados nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem tornou necessária uma real mudança no sistema tradicional de

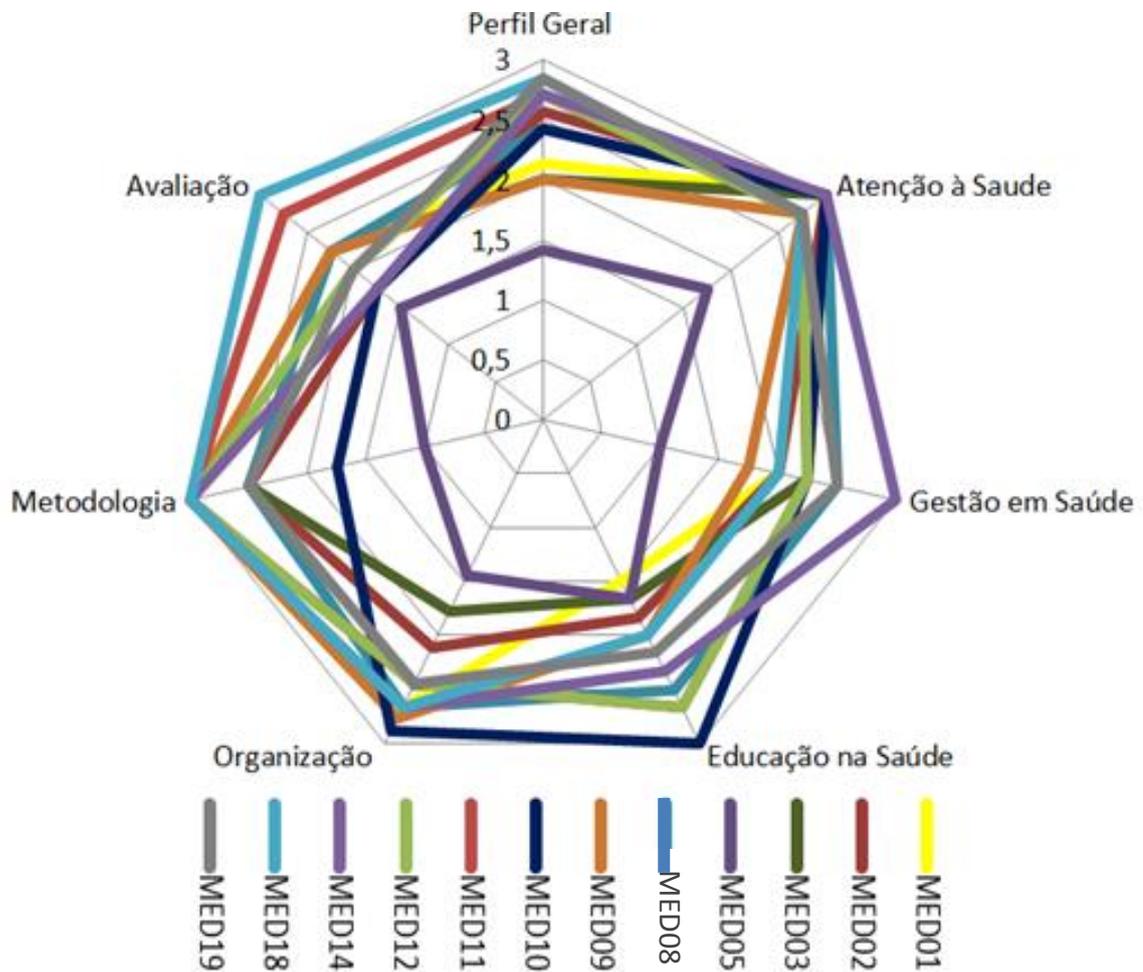
avaliação, muitas vezes alicerçado em parâmetros somativos, aplicados no final das unidades, estágios e disciplinas, segundo uma perspectiva punitiva. Como alternativa, a inclusão de avaliações formativas, com constante acompanhamento individual dos estudantes e análise de ganho no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competência.

Promover adequações no processo de avaliação discente também foi apontado pelas DCN 2001 como uma das prioridades para a mudança da formação em medicina, já que formas equivocadas de avaliação podem arruinar os currículos que trabalham com metodologias ativas de ensino-aprendizagem (GOMES, 2010).

Em relação ao processo de avaliação, há uma tendência à utilização novas formas e ferramentas para sua execução, ampliando, assim, a abordagem meramente somativa. O distanciamento dos projetos pedagógicos em relação às diretrizes refletem o pouco emprego de práticas de avaliação orientada por competências, além de pouca clareza na forma como o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem e do próprio cursos e articulam e se ajustam.

Uma sistematização de conquistas e desafios encontrados nos projetos avaliados segundo as DCN de 2001 encontra-se apresentada no Gráfico 12, identificando a disparidade entre as Instituições, e permitindo verificar globalmente as principais áreas de aproximação e distanciamento.

GRÁFICO 12 Avaliação das aproximações e distanciamentos das 19 escolas analisadas, à luz das DCN-2001.

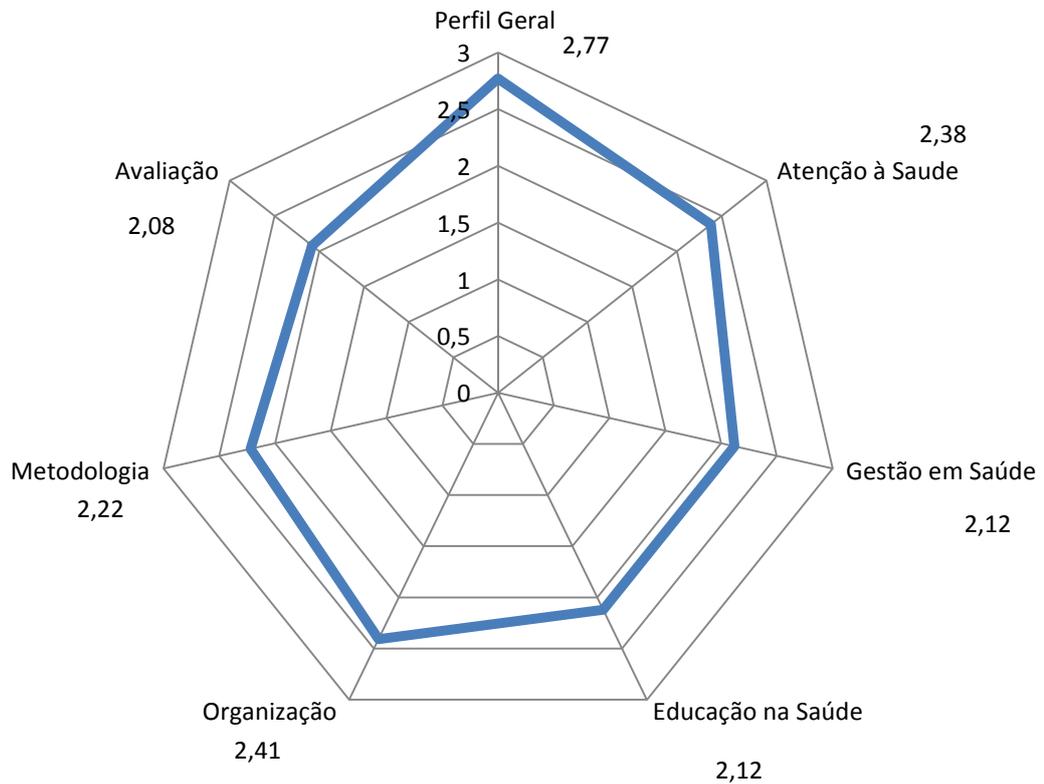


Ao unificar os dados dos 12 projetos, apresentados nas TABELAS 7, a 12 e nos GRÁFICOS 5 a 11, obtivemos a representação gráfica que aponta as conquistas e os desafios da Graduação Médica das Instituições Federais da Região Sudeste do Brasil. Apresentados na análise global, ficaram evidentes os diferentes momentos na trajetória das IES, em relação às DCN, tomando-se como ponto de análise o projeto pedagógico construído (GRÁFICO 13).

GRÁFICO 13 Avaliação global de aproximações e distanciamentos à luz das DCN-2001, considerando-se média de cada Instituição.

Análise Global

— Conquistas e desafios da graduação médica nas Instituições Federais da Região Sudeste do Brasil.



Como resultante do cenário das Instituições Federais da Região Sudeste verificamos como maior aproximação a categoria Perfil Geral com 2,77 pontos, as categorias que mais se distanciaram foram Gestão em Saúde e Educação na Saúde com 2,12 pontos (FIGURA 3).

ANÁLISE GLOBAL

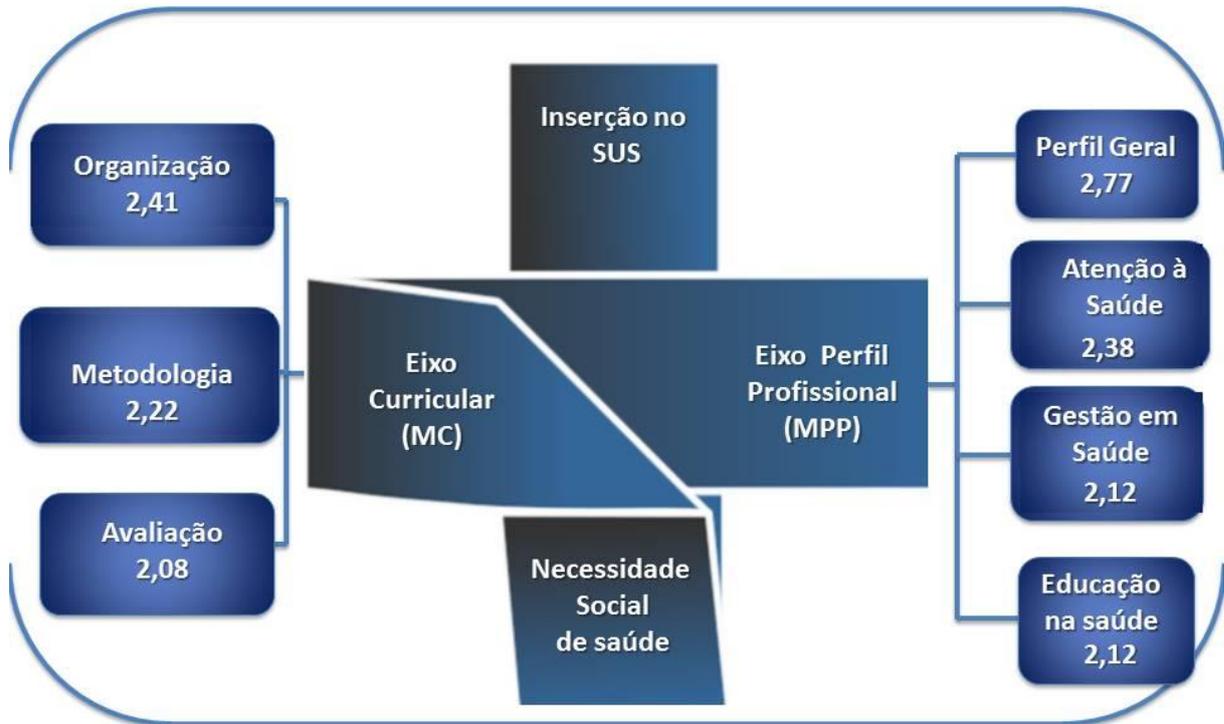


FIGURA 03 Conquistas e desafios dos projetos à luz das DCN-2001, média dos 12 projetos

O maior desafio, para além da inclusão das ideias força apontadas nas diretrizes, se concentra na tradução dessas intenções em ação educacional. Um dos principais exemplos a ser considerado pode ser representado pela presença do perfil geral conforme orientações da DCN, paralelamente à pouca clareza de sua tradução quer nas atividades educacionais, que explicitariam como essas características seriam desenvolvidas, quer no processo de avaliação das referidas capacidades.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo se propôs a analisar o projeto pedagógico dos cursos – PPC de graduação em medicina das Universidades Federais da região Sudeste do Brasil, identificando conquistas e desafios em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina – DCN 2001.

Como um objetivo específico, a construção e validação da matriz avaliativa foram realizadas, permitindo a aplicação dessa aos PPC selecionados. A matriz focalizou os elementos constitutivos das DCN-2001 e possibilitou a análise dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina das Universidades Federais da região sudeste, segundo as características do perfil profissional e do currículo.

Como a educação médica no Brasil passa por um momento histórico ímpar, com o Programa Mais Médicos e com a publicação de novas diretrizes, abrem-se oportunidades de estudos que possam subsidiar a discussões e disputas de projetos nesse campo. Essa pesquisa, ao estudar a tradução das DCN de 2001 nos Projetos Pedagógicos de Curso de Medicina se propõe a problematizar conquistas e desafios para a mudança na educação médica.

As formas de criar mecanismos de fiscalização que garantam a execução das práticas induzidas pelas DCN-2001 não são claras e favorecem distorções. Da mesma forma, as produções científicas sobre a implantação das DCN ainda deixam questões não respondidas e que requerem aprofundamento.

A análise das DCN-MED de 2001 e a criação da matriz baseou-se na atuação do profissional médico no contexto do Sistema Único de Saúde, seja ele público ou privado. Também ficou claro que, a capacidade de promover integração entre a teoria e a prática, é fundamentalmente dependente da estrutura curricular e do perfil profissional esperado com a formação. A estrutura curricular contempla aspectos técnicos como metodologias de ensino e aprendizagem, estruturação do curso e processos/instrumentos de avaliação. O perfil do profissional esperado contempla as expectativas esperadas em relação às áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde.

Assim, o binômio “Estrutura Curricular” e “Perfil profissional” estabelecem a intencionalidade e a orientação da formação médica. Entende-se que a futura prática profissional, englobando visão do sistema, compromisso com os usuários, a gestão do cuidado e a dimensão biopsicossocial do processo saúde-doença, é desenvolvida em estreita relação com as vivências educacionais do período de graduação, ou seja, as experiências vividas durante a formação são a base para a atuação profissional e inserção dos egressos no mercado de trabalho.

Como esses dois eixos são traduzidos nos Projetos Pedagógicos dos cursos, sua análise é reveladora da intencionalidade educacional da IES e pode ser, em algum grau, preditiva em relação à futura prática dos egressos. Considerando-se ser o PPC um documento público, a análise desses projetos possibilitou a identificação dos desafios e conquistas das IES para implementarem as DCN na graduação em medicina.

A política de divulgação do projeto pedagógico em sites oficiais foi reconhecida como uma potencialidade no processo de empoderamento do aluno de medicina como corresponsável de sua formação, fazendo com que conheça, desde o início de sua formação, os perfis de competência e o currículo, permitindo que ao longo dos anos revise frequentemente este perfil e seja um agente ativo na avaliação de processos e resultados. A ausência de divulgação ou a falta de estímulo para que o egresso tenha contato com os respectivos projetos pedagógicos, pode ser interpretada como um fator impeditivo e fragilidade para uma formação inovadora. Cabe destacar que para essas instituições não foi encontrado no site informações sobre a divulgação do PPC em outro tipo de mídia.

O não conhecimento do projeto pedagógico por parte do egresso já nos primeiros anos de formação faz com que ele se torne apenas um “passageiro” dentro de um processo onde deveria ser o “copiloto”, não permitindo que, ao longo de sua graduação, seja sujeito das próprias transformações, e favorecendo que estas transformações se deem à sombra dos professores que o assistem.

Da mesma forma, projeto pedagógico deve ser claro a todos os profissionais envolvidos no processo de ensino da graduação, para que assumam sua posição de facilitadores do processo de ensino e aprendizado e não de meros transmissores de informação, para que se redescubram em suas práticas e sejam juntamente com o egresso o núcleo de transformação e intervenção nas necessidades sociais de saúde, apoiados pela Instituição e o Sistema de Saúde.

Assim, a difusão do conhecimento do Projeto Pedagógico beneficia o egresso enquanto coparticipante de sua formação, beneficia o corpo docente que ressignifica suas práticas no contexto de assumir o papel de colaborar do processo e não de indutor, por fim esse sinergismo docente/discente reflete-se na prática assistencial e devolutiva ao sistema de saúde e necessidades sociais de saúde, ao ser incorporado o papel de agente transformador no contexto onde estão inseridos.

Nesse contexto, as ações sinérgicas entre o docente e o discente podem permitir a criação de um verdadeiro núcleo de transformação da educação médica nas respectivas instituições, envolvido nas ações demandadas pelas necessidades sociais de saúde. Esse movimento indica a democratização da instituição, quebrando os paradigmas de relação hierárquica, exploratória e burocrática nos sítios de atuação prática da graduação médica.

A não inclusão de sete projetos da amostra intencional inicial pode ser considerada uma fragilidade do presente projeto, decorrente da metodologia de busca exclusiva por sites oficiais das instituições. Cabe, ainda, destacar que a não publicação dos projetos pode ter ocorrido em decorrência de processos de atualizações demandadas após a publicação das novas diretrizes curriculares de 2014, embora essa informação também não foi encontrada nos sites.

Em relação aos doze projetos analisados, concluiu-se que a categoria “Perfil Geral” foi aquela que mais se aproximou das DCN, traduzindo um perfil profissional humanista, ético e reflexivo, além de uma atuação integral no processo saúde-doença, de modo orientado às necessidades sociais de saúde a serem enfrentadas no contexto do SUS.

No eixo Perfil Geral, categorias com maiores dificuldades de aproximação em relação às DCN foram aquelas relativas às áreas de gestão em saúde e educação na saúde. Esse resultado reafirma o quão inovador são essas áreas comparando-se à de assistência à saúde.

No eixo Perfil currículo, a categoria com maior dificuldade de aproximação em relação às DCN foi aquela relativa à Avaliação. Esse resultado reafirma a importância da avaliação de competências, habilidades e conteúdos curriculares, de modo integrado, articulado e coerente com as atividades educacionais, de forma permanente, além de desenvolver processos que promovam a utilização contínua das informações para o aperfeiçoamento do curso, do processo ensino-aprendizagem de modo articulados.

Certamente, a simples publicação das diretrizes, bem como dos projetos pedagógicos, não garantem sua aplicabilidade e execução, assim, são necessárias novas formas de avaliação para melhor avaliar se os objetivos pretendidos com o projeto pedagógico são traduzidos nas práticas dos egressos do curso.

A presente pesquisa apontou para a necessidade de criação de ambientes de discussão dos projetos políticos pedagógicos pelas instituições, estimulando o compartilhamento de experiências, conquistas e desafios, aproximações e distanciamentos, respeitando a singularidade de cada Instituição, mas estimulando o avanço comum.

As conquistas até o presente momento devem ser valorizadas e os processos adaptados e reproduzidos por outras instituições, da mesma forma os desafios devem ser enfrentados baseados nos modelos de sucesso já existentes, e que claramente podem ser encontrados ao visitarmos os presentes projetos pedagógicos. Por fim, desejamos que essa pesquisa possa de alguma forma auxiliar os passos de todos aqueles comprometidos com a formação médica, ressignificando o papel do profissional educador na sociedade enquanto agente social transformador e sujeito de sua própria história.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriana C. de. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 5, n. 8, p. 161-166, 2001.

AGUIAR, Adriana C. de; Eliana Claudia de Otero. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas; **Rev. bras. educ. méd.**, v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al: A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.32, n.3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, Marcio José de. Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p. 214-215, 1998.

ALVES, Claudia Regina Lindgren et al. Curricular changes: difficulties in the implementation of PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 157-166, 2013.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. Functions and Structure of a Medical School: Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree Washington, DC: **Association of American Medical Colleges/Liaison Committee on Medical Education**; 1997.

ANDRE AM, Ciampone MH, Trench O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**. 2013; 47(1): 158-63.

ARRUDA, Fernando Teles de: **Gestão e administração na prática médica**. Trabalho de conclusão de curso, MBA Gestão e Administração em saúde, UNIFACEF, p.27. São Paulo 2011.

BALINT, M.; **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BARDIN, L.; **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cien.Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, T. de A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto. **RAE**, v. 41, n. 1, p. 9, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 7. Anais da 7 Conferência Nacional de Saúde.**1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 8. Relatório final.** Brasília: Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em URL:
http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1366/constituicao_federal_35_ed.pdf?sequence=11, acessado em 02 abr. 2014.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 18.055, DF, 29 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução** n.4, CNE/ CES de 7/11/2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 06 jun. 2013. (A).

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **PARECER CNE/CES** 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, medicina e nutrição. *Diário Oficial da União*. Brasília 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em 06 jun. 2013. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde, **PROMED**, Lançado Programa para mudar currículo de medicina. ISSN 1519-9959/ 2002, disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>. Acessado em 27 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível na: URL http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acessado em Acessado em 27 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, **AprenderSUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf. Acessado em 27 mar. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde:** Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. –

Brasília, 2005. Disponível em: URL http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf. Acessado em 27 mar. 2014. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Bolsas de Residência, Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde** / Lei 11.129 / 2005. Disponível na URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/residencias_saude_proresidencia_programa_bolsas.pdf. Acessado em 27 mar. 2014. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34

BRASIL. **Diário Oficial da União**, Portaria Interministerial numero 1.802 de 26 de agosto de 2008, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde. Disponível em: URL <http://www.miltonmarchioli.com.br/artigos/saudepublica/PORTARIAINTERMINIS TERIAL1802-PETSAUDE2008.pdf>. Acessado em 27 mar. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde, **Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas**, PRO-RESIDENCIA 2009. Disponível na URL http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/residencias_saude_proresidencia_programa_bolsas.pdf. Acessado em 27 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização, formação e intervenção**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acessado em 27 mar. 2014.

BRASIL. **Diário Oficial da União**, LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013, Instituição do Programa Mais Médicos, Disponível em: URL http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 06 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação / **e-MEC**, Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Disponível em: URL: <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em 06 jan. 2014

BRITO, Márcia Regina F. de. SINAES and ENADE: From conception to implementation. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 13, n. 3, p. 841-850, 2008.

BROCKA, Bruce; BROCKA, Suzane. **Gerenciamento da qualidade**. Makron Books, São Paulo, 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e cultura**, v. 3, n. 1, 2007.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-46, 2004.

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva. Uma discussão sobre as competências e habilidades de gestores no âmbito do sistema público de saúde. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 94-98, 2003.

CATALDO A, Cavalet D, Bruxel D, Kappes D, Silva D. O estudo de medicina e o stress acadêmico. *Revista Médica da PUC-RS*. 1998; 6-12.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões. **Cad. Saúde pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. (a)

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura CM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. (b)

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

CINAEM, COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Volume XVI, nº 1/3, jan. /dez., Rio de Janeiro, 1992..

CINAEM, COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação das escolas médicas brasileiras. Projeto de implantação e resultados da 1ª fase, 1994.

CINAEM, COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997, Brasília, 1997.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Brazilian Public Health System and medical training: possible dialog? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 125-140, 2008.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **LEI**, 3.999 de 15 de dezembro de 1961 Art.15. Disponível em: <[http:// www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp](http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp)>. Acesso em: 10 set. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **RESOLUÇÃO**, CFM nº 1.342/91, Brasília-DF, 08 de março de 1991. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br>>. Acesso em: 10 set. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Educação Médica, Cap 4, CINAEM.**

Disponível em:

http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cinaem/Pag69_70_71.htm Acesso em: 10 jan. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA (CRM-SC), **Manual de Orientação Ética e Disciplinar**. Vol. 01, 2º edição, Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos de Florianópolis, março de 2000.

DE ALMA ATA, Declaração. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. **Alma-Ata, URSS**, p. 6-12, 1978.

DE MARCO, Mario Alfredo et al. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 217-227, 2010.

DO AMARAL, Jorge Luiz. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

DONNANGELO, Maria Cecilia Ferro; PEREIRA, Luiz; Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DONNANGELO, Maria Cecilia Ferro. *Medicina e Sociedade – O Médico E seu Mercado de Trabalho*. São Paulo: Livraria Pioneira., 1975

EDLER, Flavio Coelho. A medicina no Brasil imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. **Anuário de estudos americanos**, v. 60, n. 1, p. 139-156, 2003.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, disponível em

<http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>, acessado em 01/01/2014.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz et al. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Hucitec, 2002.

FLEXNER, ABRAHAM. **A educação médica nos Estados Unidos e no Canadá: um relatório para a Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino**. Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, 1910.

GIOVANELLA, Lúgia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de saúde Pública**, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.

GONÇALVES FILHO, Ernesto Lima. As Santas Casas e o desenvolvimento do ensino médico no Brasil. **Boletim da ABEM**, v. XXVIII n.3, jul/ago, Rio de Janeiro, 2000.

GOMES, A. P. et al. Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Rev.Bras. Edu. Méd.**, v. 34, n. 3, p. 390-396, 2010.

GONTIJOI, Eliane Dias et al. Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.

ISAMBERT, J. V.; O apelo à noção de competência. **Revista L. Orientation Scolaire et Professionnelle**. In: ROPÉ, F., TANGUY, L. (Org.). Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papirus, 1997. P. 103-133.

ITO, Elaine Emi et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade **Rev.esc.enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 570-5, 2006.

KOVÁCS, Ilona; KOVÁCS, I.; CASTILLO, J. J. Requisitos de ensino e de formação profissional. **KOVÁCS, Ilona; CASTILLO, Juan José–Novos modelos de produção: trabalho e pessoas. Oeiras: Celta. ISBN**, p. 972-8027, 1998.

LAMPERT, Janete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. Tese de Doutorado. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/4369>, acessado em 10/01/2015.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no Panorama atual e perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, n. 1, 2008.

LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 9, n. 17, p. 369-79, 2005.

LONGO, Rose Mary Juliano. Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação. 1996.

LOURENÇÃO, Daniela Campos de Andrade; BENITO, Gladys Amélia Véles. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 91-97, 2010.

MACHADO, José Lúcio Martins. A participação da ANDES-SN na Cinaem: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, n. 5, p. 177-180, 1999.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MARSIGLIA, R.G. Relação ensino-serviços: dez anos de integração docente assistencial

(IDA) no Brasil. São Paulo: **Hucitec**, 1995. 135 p

MEDICI, André Cezar. Tendências da gestão em saúde ao nível mundial: o caso da assistência médica gerenciada (Amg). URL: http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. In: **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Escola de saúde Pública do Ceará, 2002.2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS. Tomo 2. In: **Coleção saúde coletiva**. Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2011.

MERHY, Emerson Elias.; em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: **Hucitec**, 1997.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias, Onocko R.; **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: **Hucitec**; 2002b. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias; ACIOLE, Giovanni Gurgel. **Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades da construção de novos paradigmas para a formação em medicina**. 2003.

MINAYO, Maria de Souza O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 2008.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

MOGLIKA, M.; **Educar para a Democracia**. Cad. Pesquisa., n.119, p.129-46, 2003.

MOREIRA, Gisele, **IMPLICAÇÕES DA REFORMA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA FORMAÇÃO DO DOCENTE DE MEDICINA**, dissertação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba,2010.

NAVARRETE, M.L.; **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas ensalud**. Cursos GRAAL 5. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.

NEVES, Nedy MBC; NEVES, Flávia BCS; BITENCOURT, Almir GV. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 75, n. 2, 2008.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** 1999. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Pós-graduação em Enfermagem.

NICZ, LF.; Médicos & Hospitais X Gerenciamento da Assistência à saúde, **Revista de Administração em Saúde**, Vol. 4, nº 13, out. /dez., 2001.

NOGUEIRA, Maria Inês. 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, v. 33, n. 2, p. 262-270, jun. 2009.

NUNES, Everardo Duarte. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. Global Editora, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.; disponível em: <<http://www.who.int/en/>>.]

PADILHA, Roberto de Queiroz; FEURWERKER, Laura Camargo Macruz. As políticas públicas e a formação dos médicos. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 26, n. 1, p. 3-4, 2002.

PAIVA, Giovanni Silva. Avaliação do desempenho dos estudantes da educação superior: a questão da equidade e obrigatoriedade no Provão e ENADE. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 16, n. 58, p. 31-46, 2008.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva.; Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 11-24.

PAIM, Jairnilson Silva. A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989.

PEREIRA, Antônio Pacífico. **Memória sobre a medicina na Bahia**. Imprensa oficial do estado, 1923.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação profissional em saúde**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2006.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Editora Fiocruz, 2001.

PEREIRA-NETO, André de Faria. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. **Cadernos de saúde pública**, v. 11, n. 4, p. 600-615, 1995.

PEREIRA-NETO, André de Faria. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922) Professional medical identities in

contention: The National Practitioners' Congress. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 399-409, 2000.

PESES - Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES): Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva. Relatório de Pesquisa, pp. 13-43. Rio de Janeiro.1978

PEREIRA, Ingrid; LAGES, Itamar. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? Curriculum guidelines for training healthcare professionals: skills or praxis? **Trab. educ. saúde**, v. 11, n. 2, p. 319-338, 2013.

PERRENOUD, Philippe. Construir as competências desde a escola; trad. **Bruno Charles**, 1999.

PESSOTTI, Isaias. A formação humanística do médico. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 29, n. 4, p. 440-448, 1996.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Transformando a educação médica brasileira. **Projeto CINAEM: III Fase**. 1998.

PUCCHINI, Rosana Fiorini. **A Experiência da reforma curricular do Curso de Medicina da Escola Paulista de Medicina–Universidade Federal de São Paulo**, 2008. Disponível em http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1216/Encontro3/Reforma_Curricular_Rosana.pdf, acessado em 10/01/2015.

RAMOS, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface-Comunic., Saúde, Educ**, v. 6, n. 11, p. 107-16, 2002.

RAMOS, Marise Nogueira. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação, Brasília**, v. 1, n. 2, p. 17-26, 2001.

RAMOS, Marise. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. supl. 2, p. 55-59, 2009.

ROMANO, Valéria Ferreira. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 244-246, 2005.

SANTOS FILHO, L. História geral da Medicina brasileira. São Paulo: HUCITEC-EDUSP, 1977.)

SCHRAMM, F.R.; As diferentes abordagens da bioética. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O, organizadores. **Ética, ciência e saúde**. p.28-45,2002

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-61, 1999.

SCHWARTZMAN, Simon. O enigma do ENADE. **IETS–Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade**, 2005.

SCHWARTZMAN, Simon. O “conceito preliminar” e as boas práticas de avaliação do ensino superior. **Revista da Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior**, n. 38, p. 9-32, 2008.

SILVA, AMM.; BRANDALIZE, A.; A moderna administração hospitalar. **Revista Terra e Cultura**, n. 42, 2006.

SILVA, Maria Delzuita de Sá Leitão et al. Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no processo de ensino-aprendizagem no SUS. 2013.

SILVA, Roseli Ferreira da; SÁ-CHAVES, Idália. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 12, n. 27, p. 721-34, 2008.

SIQUEIRA, Benedictus Philadelpho de. CINAEM: um pouco de sua história. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, n. p. 54-56, jun. 2006.

SOBRINHO, Carlito Lopes Nascimento; CARVALHO, Fernando Martins; DE ANDRADE NASCIMENTO, Mônica. Transformações na organização do trabalho médico no Brasil. **Revista Baiana**, p. 78, 2004.

STAREY, Nigel. What is clinical governance? 1999.

TAYLOR, F. W.; Princípios de administração científica. São Paulo: Atlas, 1970.

VALLE, Rogério. **O conhecimento em ação: novas competências para o trabalho no contexto da reestruturação produtiva**. RelumeDumará, 2003.

VEIGA, Ilma Passos de Alencastro. **Educação básica e educação superior: Projeto Político Pedagógico**. Campinas, São Paulo: Papirus, 2004

VIGNOCHI, Carine Moraes et al. Considerações sobre aprendizagem baseada em problemas na educação em saúde. **Clinical and Biomedical Research**, v. 29, n. 1, 2009.

ZARIFIAN, P.; A gestão da empresa pela competência. In: **SEMINÁRIO EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO E COMPETÊNCIAS**. Rio de Janeiro: Centro Internacional para a Educação, Trabalho e Transferência de Tecnologia, 1996.

Apêndice A - Critérios da Matriz Analítica

I. Eixo Perfil Profissional: Categoria Perfil Geral

Subcategoria: Perfil generalista, humanista, crítica e reflexiva			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no Perfil Geral	Perfil profissional descrito segundo alguns desses critérios, mas esses não são evidenciados nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	Perfil profissional descrito segundo os critérios generalista, humanista, crítico e reflexivo. Essas características orientam alguns elementos do currículo e se expressam de forma incongruente ou ambivalente nas atividades educacionais e na avaliação	Perfil profissional descrito segundo os critérios generalista, humanista, crítico e reflexivo. Essas características orientam os objetivos da formação, a organização curricular, a metodologia e o processo avaliativo

Subcategoria: Atuação segundo princípios éticos, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no Perfil Geral	Perfil profissional inclui alguns desses critérios, mas esses não são evidenciados nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	Perfil profissional inclui atuação ética, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Essas características orientam alguns elementos do currículo e se expressam de forma incongruente ou ambivalente nas atividades educacionais e na avaliação	Perfil profissional inclui atuação ética, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Essas características orientam os objetivos da formação, a organização curricular, a metodologia e o processo avaliativo

Subcategoria: Assistência ao processo saúde-doença de forma integral (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) para indivíduos e coletivos nas dimensões biopsicossociais			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no Perfil Geral	Perfil profissional inclui a integralidade na atenção à saúde, mas essa característica não está evidenciada nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	Perfil profissional inclui a integralidade na atenção à saúde e essa característica orienta alguns elementos do currículo. Se expressam de forma incongruente ou ambivalente nas atividades educacionais e na avaliação	Perfil profissional inclui a integralidade na atenção à saúde, que se expressa pela articulação de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e as dimensões biopsicossociais em todo o currículo

Subcategoria: Atuação nos diferentes níveis de atendimento à saúde, conforme perfil epidemiológico, com ênfase em sua região de atuação			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no Perfil Geral	Perfil profissional inclui a atuação nos diferentes níveis do sistema, mas essa característica não é evidenciada nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	Perfil profissional inclui a atuação nos diferentes níveis do sistema Não utiliza o perfil epidemiológico da região onde se insere a escola médica para orientar a formação	Perfil profissional inclui a atuação nos diferentes níveis do sistema O perfil epidemiológico da região onde ocorre a formação orienta o currículo

I. Eixo Perfil Profissional: Categoria atenção à Saúde

Subcategoria: Ser acessível, manter a confidencialidade das informações, compromisso, responsabilidade, empatia			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de atenção à Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades O desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui uma atuação acessível e valoriza a empatia, o sigilo e o compromisso e responsabilidade As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: Atuar como agente de transformação social, nos diferentes níveis de atendimento, com ênfase nos atendimentos primário e secundário			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de atenção à Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades O desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui a atuação como agente de transformação social As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação

0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de atenção à Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui a atuação como educador de pacientes, familiares e comunidade As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: Realizar anamnese, construção da história clínica e a técnica do exame físico, reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral

0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de atenção à Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui capacidades clínicas, como a realização da história e exame clínicos As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos, utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas

0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de atenção à Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui o uso racional de recursos propedêuticos, segundo evidências científicas As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de atenção à Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades. As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis ao atendimento ambulatorial ou inicial a U/E. As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

I. Eixo Perfil Profissional: Categoria Gestão em Saúde

Subcategoria: Trabalhar em equipe multiprofissional, assumir posições de liderança, tomar iniciativas, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Gestão em Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades. As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades de trabalhar em equipe multiprofissional, de liderança e de tomada de iniciativas em defesa da saúde da comunidade. As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz, fazendo o gerenciamento e administração da força de trabalho, recursos físicos, materiais e de informação			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Gestão em Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades. As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades de tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de recursos com efetividade e eficácia. As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: Atuar de modo empreendedor, como gestor ou liderança na equipe de saúde			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Gestão em Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades empreendedorismo, gestão do trabalho em saúde e liderança de equipes de saúde As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde, ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Gestão em Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades de trabalhar em equipe multiprofissional, de liderança e de tomada de iniciativas em defesa da saúde da comunidade As atividades educacionais e a avaliação focalizam essas capacidades

I. Eixo Perfil Profissional: Educação na Saúde

Subcategoria: Avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Educação na Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades de avaliação, sistematização e tomada de decisão de condutas baseadas em evidências científicas e melhores práticas As atividades educacionais focalizam essas capacidades

Subcategoria: Aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais

0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Educação na Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades de aprender continuamente, com responsabilidade e compromisso com as futuras gerações As atividades educacionais focalizam essas capacidades

Subcategoria: Dominar os conhecimentos científicos biopsicossocial e ambiental subjacentes à prática médica

0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Educação na Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades que ampliam o modelo biomédico, incluindo o contexto ambiental e as dimensões subjetiva e social inerentes ao processo saúde-doença As atividades educacionais e avaliação focalizam essas capacidades

Subcategoria: Conhecer os princípios da metodologia científica, leitura crítica de artigos técnico-científicos e interpretação dos dados

0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Educação na Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades de trabalhar em equipe multiprofissional, de liderança e de tomada de iniciativas em defesa da saúde da comunidade As atividades educacionais focalizam essas capacidades

Subcategoria: Participar da produção de conhecimentos			
0	1	2	3
O critério estabelecido não está explicitado no perfil profissional ou no perfil de Educação na Saúde	O perfil profissional inclui essa capacidade, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui essa capacidade As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui capacidades para apoiar ou participar da produção de novos conhecimentos, com foco na iniciação científica As atividades educacionais focalizam essas capacidades

Subcategoria: Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no perfil profissional ou no perfil de Educação na Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades de cuidar da própria saúde física e mental, buscando bem-estar como cidadão e médico As atividades educacionais focalizam essas capacidades

Subcategoria: Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde			
0	1	2	3
O critério estabelecido não está explicitado no perfil profissional ou no perfil de Educação na Saúde	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades, mas o desenvolvimento delas não está evidenciado nem nas atividades educacionais, nem na avaliação	O perfil profissional inclui algumas dessas capacidades As atividades educacionais e/ou a avaliação focalizam apenas algumas delas, revelando algum grau de incongruência ou ambivalência	O perfil profissional inclui as capacidades para manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde As atividades educacionais focalizam essas capacidades

II. Eixo Currículo: Organização do curso

Subcategoria: Realidade epidemiológica e profissional orientando o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade – exploradas no sentido da integralidade das ações do cuidar em medicina			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo contempla esses conteúdos que são desenvolvidos e/ou avaliados de modo isolado, ou não articulado à realidade epidemiológica e profissional	O currículo contempla esses conteúdos Há concomitância de abordagem fragmentada e articulada no desenvolvimento desses conteúdos A avaliação também os explora ora de modo fragmentado, ora articulado	O currículo prevê atividades para articular conteúdos relacionados ao processo saúde-doença individual e coletivo As atividades educacionais e a avaliação focalizam esses conteúdos, integrando as ações do cuidado a partir da realidade epidemiológica e profissional

Subcategoria: Determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença - explorados nos âmbitos individual e coletivo			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo contempla esses conteúdos As atividades educacionais e/ou avaliação os abordam de modo isolado em disciplinas e/ou pouco articulado e não contextualizado nos problemas da prática profissional	O currículo contempla esses conteúdos Há concomitância de abordagem fragmentada e articulada no desenvolvimento desses conteúdos A avaliação também os explora ora de modo fragmentado, ora articulado	O currículo prevê atividades para articular as dimensões subjetiva e social do processo saúde-doença individual e coletivo Esses conteúdos são desenvolvidos e avaliados por meio de problemas de saúde-doença e no cotidiano da prática, ao longo da formação

Subcategoria: Bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos - exploradas a partir de problemas da prática em saúde e na forma como o médico o utiliza			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo contempla esses conteúdos As atividades educacionais e/ou avaliação os abordam de modo isolado em disciplinas e/ou pouco articulado e não contextualizado na forma como o médico os utiliza	O currículo contempla esses conteúdos Há concomitância de abordagem fragmentada e articulada no desenvolvimento desses conteúdos A avaliação também os explora ora na perspectiva dos especialistas, ora na forma como o médico os utiliza	O currículo prevê atividades para explorar esses conteúdos a partir da forma como os médicos os utilizam Esses conteúdos são desenvolvidos e avaliados por meio de problemas de saúde-doença e no cotidiano da prática, ao longo da formação

Subcategoria: Processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental) - explorados segundo ciclos de vida			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo contempla conteúdos relacionados ao processo saúde-doença nos ciclos de vida. As atividades educacionais e/ou avaliação os abordam de modo isolado em disciplinas e/ou pouco articulado e não contextualizado nos ciclos de vida.	O currículo contempla esses conteúdos por meio de atividades educacionais e/ou avaliação que os aborda ora de modo fragmentado e pouco contextualizado, ora de modo integrado, com maior ou menor articulação aos ciclos de vida.	O currículo contempla esses conteúdos que são desenvolvidos e avaliados a partir dos problemas de saúde-doença ao longo dos ciclos de vida.

Subcategoria: Integração e a interdisciplinaridade de modo transversal no currículo, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo prevê algumas atividades de articulação entre as dimensões biopsicossociais. Essas atividades são pontuais e/ou não abordadas como parte das disciplinas clínicas.	O currículo prevê atividades de articulação entre as dimensões biopsicossociais em algumas disciplinas, podendo ou não serem contempladas na avaliação.	O currículo estabelece estratégias para a articulação das dimensões biopsicossociais e as incorpora como parte integrante da prática clínica, sendo assim avaliadas.

Subcategoria: Articulação ensino-serviço e a formação médico-acadêmica orientada às necessidades sociais da saúde, no contexto do SUS			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo prevê atividades ou estágios em serviços sem apresentar a ideia de integração ensino-serviço.	O currículo prevê atividades de integração ensino-serviço mas não explicita como podem favorecer a articulação entre formação médico-acadêmica e necessidades sociais da saúde.	O currículo explicita estratégias de integração ensino-serviço com a intencionalidade de ajustar conteúdos e práticas da formação às necessidades de saúde.

Subcategoria: Articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo prevê atividades de iniciação científica ofertadas de modo isolado por disciplinas básicas e/ou por disciplinas clínico-cirúrgicas	O currículo prevê atividades para alguns grupos de alunos sob responsabilidade de determinados docentes ou departamentos com interesses específicos em linhas de pesquisa ou atividades de extensão, frequentemente, vinculadas às pesquisas	O currículo apresenta estratégias que articulem ensino, pesquisa e extensão para todos os estudantes, com graus crescentes de aprofundamento e voltadas à produção de conhecimentos e ações relevantes para o SUS local

Subcategoria: Atividades complementares: monitorias e estágios; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo contempla atividades complementares pontuais e temáticas, ligadas a disciplinas isoladas ou ao cuidado de determinadas doenças com pouca ou nenhuma articulação com o SUS local	O currículo contempla atividades restritas a alguns grupos de alunos sob responsabilidade de docentes ou departamentos com interesse na oferta de atividades complementares considerando as necessidades do SUS e de produção de conhecimento para a sociedade	O currículo apresenta estratégias e/ou dispositivos para articular as atividades complementares às áreas de interesse para a formação dos estudantes em diálogo com as necessidades de assistência no contexto do SUS e de produção de conhecimento relevante para a saúde da sociedade

Subcategoria: O colegiado do curso define a estrutura curricular: modalidade (seriada anual, seriada semestral), sistema de créditos ou modular			
0	1	2	3
Os mecanismos de gestão acadêmica acionados para elaboração e gestão do curso não estão explicitados no PP	As competências para o gerenciamento do curso aparecem de modo desarticulado e fragmentado, não sendo possível identificar as responsabilidades do colegiado de curso	As competências para o gerenciamento do curso estão descritas. A descrição mostra responsabilidade do colegiado no gerenciamento do curso mas pouca articulação com as coordenações de atividades/disciplinas ou com os departamentos da IES	As competências de gerenciamento do curso são descritas como atinentes ao colegiado, de forma integrada e articulada com as demais coordenações do curso, com as instâncias administrativas da IES e com a gestão dos serviços de saúde do SUS local

II. Eixo Currículo: Metodologias

Subcategoria: Aprendizagem centrada no aluno como sujeito ativo e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	Os papéis do aluno/professor expressos no currículo são tradicionais, sendo o docente ativo na transmissão de conhecimentos e o estudante passivo na recepção desses	Os papéis do aluno/professor expressos no currículo variam nas diferentes disciplinas ou atividades. Há, concomitantemente, relações professor-aluno baseadas exclusivamente na transmissão e outras orientadas pela problematização	A aprendizagem é centrada no estudante. Os docentes atuam como facilitadores e mediadores da aprendizagem, ao longo do curso. Os docentes, mesmo quando atuam como consultores, assumem postura problematizadora

Subcategoria: Uso de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo prevê, predominantemente, o uso metodologias de transmissão de conhecimento. A integração entre os conteúdos ocorre de modo fragmentado e pouco contextualizado	O currículo utiliza, simultaneamente, metodologias passivas (transmissão de informações) e ativas de ensino-aprendizagem, de acordo com o ciclo ou as atividades educacionais. Os conteúdos aparecem com algum grau de articulação, em determinadas atividades educacionais	O currículo prevê, predominantemente, o uso de metodologias ativas, ao longo de toda a formação. Os conteúdos estão apresentados de modo articulado em todas as atividades educacionais e as metodologias empregadas valorizam essa integração

Subcategoria: Inserção do aluno em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional, desde o início do curso (precocemente)			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo prevê inserção do aluno em atividades práticas, a partir do quarto ano	O currículo prevê a inserção do aluno em atividades práticas desde os dois primeiros anos, descrevendo-as como pontuais, predominantemente de observação e em determinadas disciplinas	O currículo prevê inserção do aluno desde o início do curso em atividades práticas. As estratégias e/ou dispositivos para a atuação dos estudantes em cenários de prática durante todos os anos da formação estão descritas e articuladas

Subcategoria: Diferentes cenários de ensino-aprendizagem			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo.	O programa oferece diferentes cenários de ensino-aprendizagem. Os estudantes, predominantemente, devem observar equipes de saúde	O programa oferece diferentes cenários de ensino-aprendizagem. Os estudantes são inseridos em equipes de saúde e devem atuar, predominantemente, na assistência, com supervisão docente	O programa oferece diferentes cenários de ensino-aprendizagem. Os estudantes são inseridos em equipes de saúde e devem atuar nas áreas de assistência, gestão e educação, de modo articulado com os profissionais de saúde, com supervisão docente

Subcategoria: Interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando lidar com problemas reais, assumir responsabilidades crescentes, compatíveis com seu grau de autonomia			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O programa prevê a interação do discente com usuários e profissionais de saúde, sem apresentar as noções de de ampliação de autonomia e de responsabilidade dos estudantes	O programa prevê atividades de interação do discente com usuários e profissionais de saúde. Utiliza conceitos, mas não explicita as estratégias para ampliar o grau de autonomia e de responsabilidade dos estudantes	O programa explicita estratégias para ampliar a interação do discente com usuários e profissionais de saúde para que, por um lado, os alunos assumam responsabilidades crescentes, e por outro, contribuam para ampliar a capacidade crítica de usuários e profissionais

II. Eixo Currículo: Avaliação

Subcategoria: Avaliações dos alunos baseadas nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo propõe avaliação do discente focalizando apenas o domínio cognitivo	O currículo propõe avaliação focalizando competências, habilidades, atitudes e conhecimentos Os instrumentos de avaliação ora buscam dialogar esses elementos, ora focalizam apenas os conteúdos cognitivos para inferir competência	O currículo propõe avaliação de competências, habilidades e conteúdos curriculares, de modo integrado, articulado e coerente com as atividades educacionais Avalia a combinação das diferentes capacidades para inferir competência

Subcategoria: Utilização de metodologias e critérios de avaliação orientada por competência			
0	1	2	3
O critério estabelecido não está explicitado no currículo	O currículo prevê o uso de metodologias e instrumentos de avaliação sem observar os critérios de validade e confiabilidade	O currículo prevê o uso de metodologias e instrumentos de avaliação observando, em algum grau, os critérios de validade e confiabilidade A orientação por competência é utilizada em alguns instrumentos	O currículo prevê o uso de metodologias e instrumentos de avaliação observando os critérios de validade e confiabilidade A orientação por competência é utilizada em todos os instrumentos

Subcategoria: Acompanhamento permanente para permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento			
0	1	2	3
O critério estabelecido não está explicitado no currículo	O currículo propõe que a avaliação seja um processo permanente mas não explicita as estratégias e as atividades que permitam ao coletivo do curso utilizar as informações para o aperfeiçoamento do curso	O currículo propõe que a avaliação seja um processo permanente mas as estratégias e dispositivos apresentados não envolvem a perspectiva de todos os envolvidos e não explicitam a construção de uma cultura de avaliação	O currículo propõe que a avaliação seja um processo permanente Explicita estratégias e dispositivos que promovem a utilização contínua das informações para o aperfeiçoamento do curso Utiliza a perspectiva de todos os envolvidos Propõe a construção de uma cultura de avaliação

Subcategoria: Avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso em consonância com o sistema nacional de avaliação			
0	1	2	3
Os critérios estabelecidos não estão explicitados no currículo	O currículo propõe o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, de modo fragmentado e/ou descontextualizado com o sistema de avaliação	O currículo propõe o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, de modo articulado O processo é pouco contextualizado com a dinâmica curricular ou com o sistema nacional de avaliação	O currículo propõe o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, de modo articulado O processo é coerente com as atividades educacionais praticadas consonante com o sistema nacional de avaliação

ANEXO A Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (*) CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001, **RESOLVE:**

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o 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.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo; (*) CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.2

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia,

habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI - **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus Clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde,

Prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º 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. Devem contemplar:

I - Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

II - Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV - compreensão E domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V - diagnóstico, prognóstico E conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;

VI - Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º 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, sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35%

(trinta e cinco por cento) 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.

§ 1º 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% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; Estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º 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. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade Cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º 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.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - Inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI - Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;

VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º 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.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.