

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE

MATRIZ CURRICULAR, COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À
FORMAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DE DIFERENTES CENÁRIOS DE
APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DO CURRÍCULO
E ESTUDANTES DE UMA ESCOLA MÉDICA DO NORDESTE
BRASILEIRO.

FRANCISCO CANDIDO MONTEIRO CAJUEIRO

RECIFE - PE

2014

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE

MATRIZ CURRICULAR, COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À
FORMAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DE DIFERENTES CENÁRIOS DE
APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DO CURRÍCULO
E ESTUDANTES DE UMA ESCOLA MÉDICA DO NORDESTE
BRASILEIRO.

**Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para
obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino de
Graduação na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana
de Saúde.**

Mestrando: Francisco Candido Monteiro Cajueiro

Orientador: Gilliatt Hanois Falbo Neto

Coorientadora: Claudia Diniz Lopes Marques

RECIFE - PE

2014

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

C139m Cajueiro, Francisco Candido Monteiro

Matriz curricular, competências necessárias à formação médica e o papel de diferentes cenários de aprendizagem na percepção de gestores e estudantes de uma escola médica do nordeste brasileiro / Francisco Candido Monteiro Cajueiro; orientador Gilliat Hanois Falbo Neto; coorientadora Claudia Diniz Lopes Marques; colaborador David Gomide Pinto. – Recife: Do Autor, 2014.

127 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Mestrado profissional em educação para o ensino na área de saúde, 2014.

1. Educação Médica. 2. Competências Profissionais. 3. Conduta na Prática dos Médicos. I. Falbo Neto, Gilliat Hanois, orientador. II. Marques, Claudia Diniz Lopes, coorientadora. III. Pinto, David Gomide, colaborador. IV. Título.

CDU 371.26:61

FILIAÇÃO DOS PESQUISADORES

Mestrando: Francisco Candido Monteiro Cajueiro

Função: Mestrando em Educação para o Ensino de Graduação na Área de Saúde e Médico-Residente do Programa de Cirurgia Geral - IMIP

Local de Trabalho: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

Telefone: 81 9606 0467 / 81 32419680

Email: emaildefrancisco@gmail.com

Orientador: Gilliat Hanois Falbo Neto

Função: Doutor em Medicina Materno-Infantil pela Università Degli Studi Di Trieste - Itália, Superintendente Geral do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e líder do Grupo de Estudos Da Violência - IMIP.

Local de Trabalho: IMIP.

Telefone: 81 2122 5684 / 81 9954 8050

Email: falbo@imip.org.br

Coorientadora: Claudia Diniz Lopes Marques

Função: Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Professora-Adjunta da disciplina de Reumatologia da UFPE.

Local de Trabalho: UFPE

Telefone: 81 2126 3576 / 81 9294 5459

Email: claudia.reumatologia@gmail.com

Colaborador: David Gomide Pinto

Função: Médico-Residente do Programa de Psiquiatria - Universidade Federal de Pelotas (UFPEl)

Local de Trabalho: Departamento de Saúde Mental da UFPEl, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs AD) - Pelotas - RS.

Telefone: 81 99967414 / 53 30284003

Email: Dgomidemed@gmail.com

RESUMO

Cenário: No Brasil, a criação de um sistema de saúde contra-hegemônico no final do século XX, o Sistema Único de Saúde – pautado em princípios éticos e humanísticos – emergiu a necessidade social da formação de um novo profissional médico. O desafio dos gestores da educação é expressar o perfil proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais/2001 (DCN/2001) para formar médicos aptos a atuar no SUS, utilizando os conhecimentos pedagógicos em educação médica para traduzir no currículo uma proposta transformadora para esta realidade.

Objetivo: Avaliar a percepção de gestores do currículo e estudantes de medicina a respeito da importância dos módulos que compõem a matriz curricular e das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica, identificando os principais cenários onde essas competências devem ser adquiridas.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, de corte transversal e metodologia quantitativa. A população do estudo foi composta por 129 estudantes cursando o 6º ano do curso médico da Faculdade Pernambucana de Saúde e onze docentes que integram o Núcleo Docente Estruturante (NDE). A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012.

Resultados: Em relação à importância das competências necessárias à formação médica, em todos os quesitos estudantes (variação de Ranking Médio de 3,81 a 4,82) e docentes - NDE (variação de Ranking Médio de 4,40 a 5,00) opinaram de forma convergente. "Conhecimento clínico e científico" (RM 4,82), "Postura ética e reflexiva" (RM 4,71), "Educação permanente (RM 4,64), "Comunicação e empatia" (RM 4,63) e "Formação generalista" (RM 4,59) foram as competências mais conceituadas entre os estudantes.

Ao avaliar a matriz curricular, diferente das avaliações dos docentes que integram o NDE, os estudantes atribuíram, com significância estatística, menor importância à formação médica aos módulos dos eixos doutrinários "Atitudes e Relações Humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade", respectivamente: Bioética (7,05 DP 2,53, $p=0,012$), Metodologia científica e Pedagogia (6,85 DP 2,44, $p=0,001$), Deontologia médica (6,72 DP 2,37, $p=0,009$), Bases filosóficas da ética (6,72 DP 2,39, $p=0,001$), Estudo da desigualdade (6,19 DP 2,40, $p<0,001$), Teologia (5,74 DP 2,89, $p=0,002$), Introdução a

Filosofia (5,64 DP 2,80, $p=0,001$), Integrações e práticas de humanização (5,27 DP 2,97, $p<0,001$), Filosofia da ciência (5,23 DP 2,55, $p<0,001$) e Psicoterapia (5,18 DP 2,72, $p=0,002$).

Levando em consideração a faculdade como cenário para aquisição de competências; "Postura ética e reflexiva" (65,5%), "Responsabilidade social" (60,9%), "Liderança e tomada de decisões" (59,1%), "Atuação no cenário SUS" (57,3%) e "Gerenciamento e administração da força de trabalho" (43,6%) foram os atributos menos citados como passíveis de aquisição através do meio acadêmico pelos alunos.

Diferente dos docentes - NDE, os estudantes atribuem menor importância à vida profissional como cenário para o desenvolvimento de "Comunicação e empatia" ($p=0,032$), "Educação permanente" ($p=0,030$), "Postura ética e reflexiva" ($p=0,010$) e "Responsabilidade social" ($p=0,006$). O núcleo familiar e a religião foram melhor conceituados por estudantes e docentes – NDE como cenários para o desenvolvimento das competências: "Responsabilidade social", "Comunicação e empatia" e "Postura ética e reflexiva".

Conclusão: Gestores e estudantes concordam com a importância das competências propostas pelas DCN/2001 para a formação médica, porém ao avaliar a matriz curricular, os estudantes atribuem menor importância aos módulos dos eixos doutrinários: "Atitudes e Relações humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade" para a formação profissional. Ambos concordam que cenários de aprendizagem extra-acadêmicos como a vida profissional, o núcleo familiar e a religião possuem papel importante na aquisição de competências necessárias à formação médica.

Palavras-chave: Educação Médica, Currículo, Escolas Médicas, Competências Profissionais, Estudantes de Medicina, Docentes de Medicina, Conduta na Prática dos Médicos.

ABSTRACT

Background: In Brazil, the creation of a health counter-hegemonic system in the late twentieth century, the Sistema Único de Saúde (SUS) - guided by ethical and humanistic principles - emerged the social need of the formation of a new medical professional. The challenge of education managers is to express the profile proposed by the National Curriculum Guidelines/2001 (NCG/2001) to train doctors able to work in the SUS, using the advances in medical education to translate to curriculum a transforming proposal to this reality.

Objective: Evaluate the perception of the curriculum managers and medical students about the importance of the modules that make up the curriculum and skills recommended by NCG/2001 for medical training, identifying key scenarios where these skills must be acquired.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional and quantitative methodology. The study population consisted of 129 students attending the 6th year of medical course of Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), in Brazilian northeast, and eleven teachers that compose the Structuring Teacher Group (STG). Data collection took place between August and November 2012.

Results: Regarding the importance of skills needed in medical education, students (Average Ranking variation from 3.81 to 4.82) and teachers - STG (Average Ranking variation from 4.40 to 5.00) opined in a convergent way. "Clinical and scientific knowledge" (AR 4.82), "Ethical and Reflective posture" (AR 4.71), "Continuing Education (AR 4.64)," Communication and empathy "(AR 4.63) and" Generalist Formation"(AR 4.59) were the best evaluated skills among students.

Assessing the curriculum students attributed with statistical significance, minor relevance to medical education modules from the doctrinal axes "Attitudes and Human Relations" and "Ethics of Life and Freedom" respectively: Bioethics (7.05 SD 2.53, $p = 0.012$), Scientific methodology and Pedagogy (6.85 SD 2.44, $p = 0.001$), Deontology (6.72 SD 2.37, $p = 0.009$), Philosophical ethics bases (6.72 SD 2.39, $p = 0.001$), Social difference study (6.19 SD 2.40, $p < 0.001$), Theology (5.74 SD 2.89, $p = 0.002$), Introduction to Philosophy (5.64 SD 2.80, $p = 0.001$), Integrations and humanization

practices (5.27 SD = 2.97, $p < 0.001$), Philosophy of science (5.23 SD 2.55, $p < 0.001$) and Psychotherapy (SD 5.18 2.72, $p = 0.002$).

Considering the College as the setting for acquisition of skills: Ethical and reflective posture "(65.5%), Social responsibility" (60.9%), Leadership and Decision-making "(59.1%)," Performance in the SUS scenario "(57.3%) and Management and Administration of the labor force "(43.6%) were cited as the attributes less likely to purchase through the academia by students.

Differently of the teachers - STG, students attach less importance to Professional Life as the setting for the development of "Communication and empathy" ($p = 0.032$), "Continuing Education" ($p = 0.030$), "Ethical and Reflective posture" ($p = 0.010$) and "Social Responsibility" ($p = 0.006$). The Family and Religion were better evaluated by students and teachers - STG as scenarios for the development of skills, "Social responsibility", "Communication and empathy" and "Ethical and Reflective posture".

Conclusions: Curriculum managers and students agree on the importance of skills offered by NCG/2001 for medical formation, but when evaluating the curriculum, students attach less importance to the modules of the doctrinal axes: "Attitudes and human relations" and "Ethics of life and Liberty" to medical training. Both agree that extra-academic learning scenarios as Professional Life, the Family and Religion play an important role in the development of skills required in medical education.

Key-Words: Medical Education, Curriculum, Medical Schools, Professional Skills, Medical Students, Faculty, Medical, Management of Medical Practice.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À FORMAÇÃO MÉDICA E O DESAFIO DOS GESTORES DO CURRÍCULO	8
2.2 REFLEXÕES CURRICULARES NO INÍCIO DO SÉCULO XX	12
2.3 A NECESSIDADE DE RUPTURA CURRICULAR DO PARADIGMA BIOCÊNTRICO	15
2.4 O PAPEL DOS DIFERENTES SIGNIFICADOS DO CURRÍCULO	20
3. APRESENTAÇÃO	22
4. OBJETIVOS	23
4.1 OBJETIVOS GERAIS	23
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5. MÉTODO	25
5.1 DESENHO DO ESTUDO	25
5.2 LOCAL DO ESTUDO	25
5.3 PERÍODO DO ESTUDO	25
5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	25
5.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	26
5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	26
5.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
5.8 DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS	27
5.9 COLETA DE DADOS	31
5.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	31
5.11 ASPECTOS ÉTICOS	32

5.12	CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	32
5.13	CONFLITO DE INTERESSES	32
6.	RESULTADOS	34
6.1	CARACTERIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES	34
6.2	IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS PRECONIZADAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA	39
6.3	IMPORTÂNCIA DOS MÓDULOS, LABORATÓRIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES QUE INTEGRAM O CURRÍCULO MÉDICO DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	41
6.4	AVALIAÇÃO DE DIFERENTES CENÁRIOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS MÉDICAS	49
7.	DISCUSSÃO	54
7.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÕES	54
7.2	IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS PRECONIZADAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA À FORMAÇÃO MÉDICA	57
7.3	IMPORTÂNCIA DOS MÓDULOS QUE INTEGRAM O CURRÍCULO MÉDICO DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	59
7.4	AVALIAÇÃO DE DIFERENTES CENÁRIOS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS MÉDICAS	62
8.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
9.	CONCLUSÃO	66
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
11.	APÊNDICES	81
11.1	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	81
11.2	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO AOS ESTUDANTES DO 6º ANO DA FPS.	84

11.3 APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO AOS DOCENTES – NÚCLEO DOCENTE ESTRUTURANTE DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE	89
11.4 APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA	94
11.5 APÊNDICE E – ARTIGO PARA SUBMISSÃO - 1	95
11.6 APÊNDICE F – ARTIGO PARA SUBMISSÃO - 2	131
12. ANEXOS	
12.1 ANEXO A - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS	156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMC - Association of American Medical Colleges

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica

ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas

CFE - Conselho Federal de Educação

CFM - Conselho Federal de Medicina

CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

CNE - Conselho Nacional de Educação

CPRM - Curso preparatório para a Residência Médica

DCN/2001 - Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina

EMC - Educação Médica Continuada

ESCS-DF - Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal

FPS - Faculdade Pernambucana de Saúde

GMC - General Medical Education Committee

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES - Instituições de Ensino Superior

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

NDE - Núcleo Docente Estruturante

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PPP - Projeto Político Pedagógico

PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WCME – World Conference of Medical Education

WFME - World Federation for Medical Education

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Distribuição das médias das avaliações de estudantes e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Introdução ao Estudo da Medicina". 44
- Gráfico 2** - Distribuição das médias das avaliações de estudantes e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Desequilíbrios do Processo Saúde/Ambiente". 44
- Gráfico 3** - Distribuição das médias das avaliações de estudantes e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Evolução Humana". 45
- Gráfico 4** - Distribuição das médias das avaliações de estudantes e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Atitudes e Relações Humanas". 45
- Gráfico 5** - Distribuição das médias das avaliações de estudantes e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Ética da Vida e da Liberdade". 46
- Gráfico 6** - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Faculdade. 50

Gráfico 7 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Vida Profissional. 51

Gráfico 8 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Núcleo Familiar. 52

Gráfico 9 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Religião. 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sócio-econômico de estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012.	34
Tabela 2 - Principais motivos pela escolha do curso médico pelos estudantes ao final do curso de medicina da FPS no ano de 2012.	36
Tabela 3 - Perspectivas profissionais de estudantes ao final do curso de graduação em medicina da FPS no ano de 2012.	37
Tabela 4 - Caracterização profissional dos gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012.	38
Tabela 5 - Grau de motivação dos gestores do currículo médico da FPS com suas carreiras assistencial e acadêmica no ano de 2012.	38
Tabela 6 - Importância das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica, segundo estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012.	39
Tabela 7 -- Avaliação de estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012 a respeito da importância dos módulos do currículo pré-internato para a formação profissional.	42
Tabela 8 - Avaliação de estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012 a respeito da importância dos laboratórios e atividades complementares do currículo para a formação profissional.	47

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história podemos perceber claras intersecções entre os rumos da economia brasileira, das políticas públicas em saúde e da mobilização social nos caminhos da educação médica. Andrade¹ considera que o marco teórico da educação médica encontra-se no centro de uma intrincada rede de relações e resulta da interação entre os diversos elementos que dela participam, dentre os quais se destacam, por sua importância: a estrutura social, econômica e da prática médica em cada país; o currículo; as relações internas do processo de produção de médicos, a ideologia dominante no âmbito profissional e a estrutura de poder internacional.

O processo de redemocratização brasileira promoveu avanços ao garantir o direito constitucional à saúde através da Constituição Federal de 1988, criando um modelo assistencial alternativo, o Sistema Único de Saúde (SUS)². Fruto da mobilização dos profissionais de saúde e da sociedade civil organizada, amadurecido nos debates do Movimento Sanitário³ e projetado na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴, o SUS nasce pautado em princípios doutrinários que compreendem o ser humano de forma holística, igualitária, respeitando sua complexidade, reconhecendo o seu papel na comunidade, garantindo o acesso universal e a integralidade da assistência⁵. O governo brasileiro ao posicionar-se em prol dessa nova visão rompia com o paradigma mecanicista da medicina ocidental - um modelo assistencial privatista que refletia a medicina americana do início do século XX: curativa, unicausal, especializada e hospitalocêntrica; deficiente em contextualizar os problemas modernos da saúde humana e incompatível com o ideal democrático de oferta de serviços médicos⁶.

Diante da concepção de uma nova realidade, emerge a necessidade de reconstruir a prática médica brasileira sob os alicerces da Epidemiologia Social, incorporando o modelo multicausal de saúde-doença e o entendimento do indivíduo como ser bio-psico-social⁷. A Constituição Federal de 1988² atribui ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área de saúde, função reiterada na Lei 8.080/90 em seus capítulos I e IV⁴. A preocupação em desenvolver uma assistência de alta qualidade,

humanizada e ao mesmo tempo resolutiva, proporcionaria uma reorientação das escolas médicas, aproximando o mundo acadêmico das necessidades concretas da população.

A educação médica à época, consoante com o Relatório Flexner cujas idéias foram implantadas no Brasil no início dos anos 1950, utilizava um currículo tradicional baseado nos princípios positivistas da fragmentação do indivíduo em sistemas, fundamentado na transmissão de conhecimento, centrado na doença e no tecnicismo - onde o social, o coletivo e a comunidade não eram implicados no processo saúde-doença⁸. Essa percepção foi reiterada em 1962 pelo Conselho Federal de Educação (CFE) através da outorga do Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina⁹. Tornava-se imprescindível adotar medidas voltadas á otimizar a formação e capacitação profissional através da viabilização de mudanças na graduação que atendessem os interesses apontados por um novo modelo de atenção a saúde¹⁰.

A partir da década de 80, diversos debates internacionais questionam os rumos da prática médica e instituições representativas oficializam seus posicionamentos. Destacam-se os documentos “Médicos para o século XXI” (1984) – Association of American Medical Colleges (AAMC)¹¹, o “Marco para o desenvolvimento da educação médica na América Latina “ (1985) – Organização Panamericana de Saúde (OPAS)¹², o “Relatório de pesquisa sobre as práticas médicas no Reino Unido” (1988) – General Medical Education Committee (GMC)¹³, a análise realizada pelo European Office of the World Health Organization e a World Federation for Medical Education (WFME) intitulado “Relatório de Síntese : Consulta ministerial para a educação médica na Europa” (1988)¹⁴ e o “Relatório da I Conferencia Mundial em Educação Médica” realizado em 1988 em Edimburgo, Reino Unido pela WFME¹⁵. Em 1991 a Fundação Kellogg convidou instituições universitárias de saúde brasileiras para participar do “Uma nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” – Projeto UNI^{16,17} que ao articular-se com a Rede de Integração de Projetos Docentes-Assistenciais (Rede IDA) passou a chamar-se Rede UNI-IDA¹⁸. A partir de 1992 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica a série intitulada : “Changing Medical Education and Medical Practice” publicada em inglês, espanhol e português¹⁹; destaca-se ainda em 1993 a 8ª Reunião Bianual da Network of Community – Oriented Educational Institutions for Health Sciences, em Sherbrook – Canadá e em 1994 o Encontro Continental da Educação

Médica realizado em Punta Del Este sob o tema “Gestão de Qualidade na Educação Médica”²⁰. Verifica-se que os dilemas do ensino médico fazem parte das preocupações dos organismos internacionais, não sendo uma realidade apenas brasileira.

Em 1991, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica instituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), com a finalidade de avaliar a educação médica, fomentar o desenvolvimento do SUS e propor novas metodologias e instrumentos necessários à essa transformação. Essa força-tarefa foi realizada em 4 etapas com objetivos específicos e identificou o perfil das escolas médicas brasileiras, a estrutura político-administrativa e econômico-financeira, recursos materiais e humanos, modelo pedagógico, atividades de pesquisa e extensão existentes e as características do profissional formado, a proposta curricular, o sistema de avaliação docente e discente, entre outros fatores²¹. Após um longo processo de diagnóstico, reflexão e construção coletiva, a publicação de um relatório final no ano 2000 propôs a transformação da escola médica sustentada em novos paradigmas capazes de viabilizar a formação do médico em adequação às novas demandas brasileiras²².

Corroborando essa perspectiva e atribuindo-se à estrutura curricular um papel decisivo no processo de educação médica, o Conselho Nacional de Educação (CNE) instituiu em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN/2001)²³, tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador. Oriunda da mobilização dos educadores em saúde, dos avanços na pedagogia médica e centrada no princípio da integralidade, a DCN/2001 é reflexo das tendências internacionais que propunham inovações na formação profissional. Esse documento explicita em seu Artigo 3º as competências que devem ser adquiridas ao longo do processo educacional: “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.” Ainda discorre no artigo 9º sob os meios de alcançar tal objetivo : “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.”

A substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares representa um grande avanço, pelo fato de que a sua implementação requer uma base social ampla, fortalecendo o papel da ação acadêmica neste contexto.

Em 2001, é lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação visando incentivar financeiramente as instituições acadêmicas que se dispunham a adequar seus processos de ensino, formação de conhecimento, de serviços e a formação profissional que oferecem às necessidades sociais e epidemiológicas da população brasileira²⁴. Programas posteriores com o objetivo de equalizar as ações de reforma educacional foram instituídos, como o “VER-SUS”, uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Pólos de Educação Permanente do SUS; e, já no final de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)²⁵.

Dessa forma, após a definição de uma política pública de saúde contra-hegemônica no final da década de 80, a insatisfação da sociedade civil com a prática médica e os debates internacionais que culminariam com a evolução dos conceitos da educação médica, as escolas deveriam ter por objetivo o desafio de instituir uma educação superior coerente com as competências determinadas pelas DCN/2001, no intuito de gerar um profissional capacitado a ser um agente transformador da cidadania. Entende-se que a utilização de novos cenários de prática, a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer e a incorporação de tecnologias relacionais na formação médica possibilitaram uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença²⁶.

A 5ª edição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei 9.394/96²⁷, em seu capítulo IV, que versa sobre a educação superior, estabelece no Artigo 53, inciso II, que as instituições de ensino superior devem: “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes.” É fundamental que pilares filosóficos sólidos sejam integrados à missão institucional das escolas médicas e que sejam traduzidos ao estudante sob a forma de um projeto político-pedagógico inovador, ofertando aos mesmos um currículo moderno, ancorado nas competências necessárias à formação médica, e utilizando metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento²⁸.

A moderna gestão de currículos aponta que os docentes e os estudantes podem contribuir de forma singular no reordenamento do processo educativo^{29, 30}. A complexidade desta transformação, multideterminada, implica em levar em consideração as suas percepções. O planejamento coletivo está intimamente ligado ao sucesso institucional em todas as etapas do re-desenho curricular e todos os colaboradores devem estar cientes da missão institucional³¹. A missão institucional das escolas médicas brasileiras deve compartilhar os valores preconizados nas DCN/2001 que, integrados à cultura organizacional, norteará os esforços e ideais de professores e alunos em um objetivo educacional comum. O aprimoramento do ensino, sua adequação ao estado da arte e às necessidades da sociedade constituem um desafio permanente às escolas médicas. Propostas voltadas ao aperfeiçoamento deste processo devem levar em consideração as percepções docentes quanto aos conteúdos e metodologias desenvolvidas, visando otimizar o contexto da reorientação curricular³².

Segundo Costa³³, a prática pedagógica é considerada o domínio específico da profissão docente, o que define a identidade do professor, pois reflete a sua concepção sobre as funções profissionais e o modo como devem ser desempenhadas. Apesar das propostas de transformações nos currículos e no ensino, as mudanças na educação médica têm esbarrado em dificuldades. A autora identifica como fatores possivelmente limitantes: a falta de profissionalização, a desvalorização da formação docente, a resistência a mudanças e a desvalorização das atividades de ensino em prol da supremacia da pesquisa. Cate et al³⁴ afirma que a rápida evolução do currículo médico pode levar os professores a apresentarem dificuldades de compreender as concepções subjacentes aos currículos e de colocá-las em prática. Por serem os responsáveis pela difusão do

conhecimento e avaliação da aprendizagem, a percepção dos professores a respeito da implantação dos novos currículos é de suma importância pois, pela experiência cotidiana com os alunos e pela atuação como mediadores do conteúdo, os docentes representam fonte significativa para uma avaliação das turmas de alunos que ingressam no novo currículo³⁵.

Cutolo e Delizoicov³⁶ afirmam que em muitas escolas os conteúdos são desconectados da realidade de saúde da população e argumentam: “Os conteúdos aplicados nas escolas médicas são abundantes, muitas vezes repetitivos e seguem critérios de relevância adotados pelos especialistas do Conselho Nacional de Educação. Talvez um “enxugamento” dos conteúdos deve ser realizado, associado a um redirecionamento e priorização quanto ao que deve ser ensinado.” Wear e Castellani³⁷ revelam a necessidade de uma maior abertura do currículo: "Os estudantes devem adquirir não apenas as ferramentas do conhecimento clínico e técnico, mas também outras ferramentas relevantes ao desenvolvimento profissional que só podem ser fornecidas por conhecimentos particulares, métodos e habilidades que estão fora do domínio biocientífico. Os estudantes de medicina necessitam transpor as fronteiras do saber - filosofia, ética, sociologia, literatura, espiritualidade - são lugares onde a compaixão, comunicação e responsabilidade social podem ser estudados, praticados e apreendidos. "

Um dos fenômenos mais significativos dos processos sociais contemporâneos é a ampliação do conceito de educação e a ampliação do espectro de atividades educativas, levando, por consequência, a uma diversificação da ação pedagógica na sociedade.³⁸ Em várias esferas da prática social como a vida acadêmica, profissional, o núcleo familiar e a religião; é ampliada a produção, disseminação de saberes e modos de ação (conhecimentos, conceitos, habilidades, hábitos, procedimentos, crenças, atitudes), levando à práticas pedagógicas. As práticas dessa sociedade genuinamente pedagógica permitem ao indivíduo internalizar competências necessárias ao convívio, que nem sempre são transferíveis através de uma modalidade educacional formal³⁹.

A Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) é uma instituição de ensino superior localizada no nordeste do Brasil. Essa instituição, criada em 2005, conta com o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como hospital de ensino e é a

pioneira na utilização do método da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no estado de Pernambuco. O currículo do Curso de Graduação em Medicina da FPS foi planejado no sentido de promover uma formação profissional generalista, sob uma proposta de interdisciplinaridade e ação multiprofissional, baseando-se em cinco pilares doutrinários: Introdução ao Estudo da Medicina, Ética da vida e da liberdade, evolução humana, atitudes e relações humanas e desequilíbrios do processo saúde/ambiente.⁴⁰ A FPS possui o Núcleo Docente Estruturante (NDE) que planeja, acompanha e executa a gestão do currículo através de reuniões semanais e avaliações semestrais com todos os docentes da instituição, contando ainda com a presença de representações estudantis.

O currículo médico sela o contrato entre a medicina e a sociedade, quanto à responsabilidade pela formação dos profissionais que se voltarão aos cuidados da população. O desafio dos gestores da educação é traduzir no currículo as demandas sociais expressas no perfil proposto pelas DCN/2001: formar profissionais à luz das evidências científicas, hábeis a incorporar os avanços tecnológicos, competentes ao ato de cuidar e aptos a atuar no SUS como agentes transformadores da realidade.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À FORMAÇÃO MÉDICA E O DESAFIO DOS GESTORES DO CURRÍCULO

A preocupação com a formação médica diante das demandas sociais é antiga e global. Nos Estados Unidos, em 1932, Maurice H. Rees, à época decano da University of Colorado School of Medicine, publicou um artigo no Jornal da AAMC onde discorria contra a especialização precoce dos estudantes e defendia a necessidade de mudanças na orientação das escolas médicas no intuito de formar médicos generalistas competentes, de alta qualidade⁴¹.

"Indubitavelmente, nossos métodos de ensino avançaram, mas ainda deixa-se muito a desejar na coordenação e correlação entre os vários cursos no objetivo de produzir melhores profissionais médicos."

"Em muitos dos nossos cursos médicos, especialmente nos anos pré-clínicos, parece existir o objetivo aparente de formar especialistas em um ramo particular da ciência. Assim como a maioria, eu acredito que não é sábio o esforço para produzir especialistas durante esse período."

"Nosso objetivo deve ser formar profissionais generalistas da maior qualidade. A especialização deve ser desencorajada, principalmente durante os primeiros cinco anos de curso."

Discorria sua angústia com a chamada "medicina industrial", com a metodologia arcaica do ensino da ética e com a negligência no ensino da arte médica.

"O médico está confuso com a diminuição do número de pacientes e o fato de que os recursos devem ser divididos entre o hospital, o laboratório e as numerosas especialidades. O paciente sente-se incomodado porque percebe que seu dinheiro não poderá suprir tudo o que foi prescrito. (...) De fato, o médico sabe que a medicina pública e a medicina industrial já fazem parte do seu cotidiano, mas não sabem como parar esta tendência. Ele encontra-se limitado por um código de ética arcaico e por falta de treinamento em economia e etiqueta médica. Eles acreditam que são muito bons cientistas porém sem prática clínica."

"Em nossas observações sobre o currículo estamos superestimando o treinamento científico e negligenciando o treinamento da arte médica. Este importante ramo da medicina está sendo delegado à enfermeira e ao assistente social. Acredito que seria melhor que os hospitais de ensino pudessem dar ao estudante de medicina a oportunidade de aprender como tratar o paciente tão bem quanto sua doença."

Harden⁴² acredita que a educação médica vive um período de transição: de um modelo focado no processo para um modelo orientado ao produto. O primeiro modelo enfatiza o processo de ensino-aprendizagem e o conteúdo dos programas, enquanto o modelo orientado ao produto conhecido como educação baseada em competências tem enfoque no desfecho do ensino-aprendizagem⁴³. Estes desfechos de aprendizagem focados em competências necessitam que os diplomados conheçam as necessidades da população e os efeitos desejados no sistema de saúde⁴⁴.

Neufeld et al⁴⁵, em 1990, ao estudar as necessidades da sociedade canadense, concluiu que o conhecimento e habilidades médicas não eram suficientes para que o médico exercesse o seu papel no contexto de trabalho - concluindo que outras competências como comunicação e trabalho em equipe deveriam também ser desenvolvidas⁴⁶. Nos Estados Unidos, Muller⁴⁷, em relatório publicado em 1984 no periódico *Journal of Medical Education*, discorre sobre a necessidade de uma nova formação médica diante da complexidade da sociedade americana à época:

"Ao longo da última década a medicina americana se viu à deriva, de uma medicina com ênfase na relação médico-paciente para uma medicina de alta-tecnologia e alto-custo ao sistema de saúde. Os legisladores em Washington lutam para construir um sistema de saúde humano, e está claro que os gestores e educadores médicos redefinirão suas prioridades. A próxima geração de médicos irá precisar de novas habilidades, atitudes e conhecimentos em áreas que vêm sendo ignoradas ou inadequadamente priorizadas na ânsia da utilização de novas tecnologias."

É possível concluir que, do início ao fim do século XX, os problemas enfrentados pelos gestores da educação médica em diferentes países são semelhantes.^{45,48,49,50} As pressões do mercado pelo uso de novas tecnologias, a tendência dos profissionais à

especialização, as novas demandas sociais e os avanços nas técnicas de ensino-aprendizagem delinearam um novo cenário.

A estes médicos é esperado: o entendimento dos pacientes como pessoas, e não apenas como organismos doentes; o trabalho efetivo em equipe e a otimização das habilidades de comunicação com seus colegas e pacientes; serão exigidos que suas condutas sejam embasadas em evidências científicas - e isso significa adquirir conhecimentos para avaliar a literatura e as diretrizes de forma crítica - decidindo os melhores caminhos em sua prática; em face do aumento dos custos em saúde, a sociedade espera que a próxima geração de médicos esteja atenta a questões éticas e que obtenham entendimento em aspectos legais, culturais, psicológicos e econômicos, estando a par de como os problemas da saúde pública afetam seus pacientes, colegas e a comunidade⁵¹. Em 2001, uma revisão publicada por Stephenson et al⁵² enfatizou o compromisso com o ensino do profissionalismo médico aos estudantes.

No Brasil, a saúde sofreu fortes mudanças no final do século passado com a criação de um sistema universal, o SUS. São grandes os obstáculos em sua consolidação e apesar de ser o sistema de saúde vigente, amparado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de 1990, seus princípios democráticos trabalham diretrizes, conceitos e práticas que eram e ainda são contra-hegemônicos na sociedade.⁵³ O sistema hegemônico, fundamentado no modelo flexneriano, traz a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos⁵⁴. A substituição por um sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde é gradual e depende do perfil de formação e da prática dos profissionais^{55,56}.

Certamente, organizar o currículo e o percurso formativo dos estudantes não é tarefa fácil. Contreras⁵⁷ cita Elliott e reflete: "O importante em um currículo é que responda às necessidades da vida. A seleção do conhecimento deve partir de uma revisão das áreas de conhecimento em função dos problemas, dilemas e questões que expõem as situações e experiências de importância para a vida". O mesmo ponto de vista é compartilhado por Zabala⁵⁸, que sugere: "utilizar formas de organizar os conteúdos que promovam maior grau de significação nas aprendizagens, temas que dêem respostas aos

problemas que a vida em sociedade coloca, isto é, organizar os conteúdos a partir de uma concepção de ensino no qual o objeto fundamental de estudo para os estudantes seja o conhecimento e a intervenção da realidade". O processo de ensino-aprendizagem constitui-se na desejável ponte entre escola e comunidade e não pode afastar-se do que recomendam Perrenoud e Thurler⁵⁹: "A qualidade de uma formação depende, sobretudo, de sua concepção, de um plano de formação pensado de forma coerente, com percurso bem construído, e não como uma acumulação de unidades sem espinha dorsal."

2. MARCO TEÓRICO

2.2 REFLEXÕES CURRICULARES NO INÍCIO DO SÉCULO XX

O interesse em conhecer a percepção dos estudantes a respeito dos conteúdos que integram o currículo médico surge no início do século XX. Em um documento publicado em 1927 no periódico *Academic Medicine*, intitulado "A proposed new curriculum", Fred C. Zappffe⁶⁰ discorre sobre a necessidade de racionalizar a carga horária do curso médico, otimizar o estudo das disciplinas relevantes à formação generalista e desfrAGMENTAR os vários conteúdos do currículo em conhecimentos interconectados.

"O currículo vem sendo culpado por todos os males da moderna educação médica. Em minha opinião, é 100% currículo, mas sua administração pode ser melhorada em um grau considerável. Isto é trabalho dos professores de medicina. Pode ser feito, apenas por eles, e clama por seus maiores esforços, por paciência e muito trabalho."

"Os novos cursos deveriam ser planejados de forma que todas as disciplinas que compõem o currículo pudessem ser baseadas naquilo que o estudante deveria saber para ser capaz de dar continuidade a sua própria educação depois de deixar a escola médica."

Zappffe propôs um novo currículo, clamando providências aos gestores das escolas médicas da época.

"Propositalmente, o tempo repartido entre as especialidades foi reduzido ao mínimo necessário, não subestimando suas importâncias, mas para salientar o fato de que o treinamento para a prática específica é, de fato, de suma importância; entretanto deve ser postergada ao ensino na pós-graduação ou por médicos já graduados. Assim, o país não seria inundado por uma tropa de semi-especialistas que não são especialistas completos nem bons práticos generalistas."

"Cada professor tem um interesse específico em seu pupilo, afastando-o da convivência com outros professores. O resultado é uma carga horária imensa. Aos estudantes não é dada a oportunidade de pensar, de

trabalhar em problemas que os ocorrem, de desenvolver iniciativas; de compreender e entender, não apenas memorizar; de ler a literatura atual."

Suas propostas foram lançadas e discutidas no 38º encontro anual da AAMC, em outubro de 1927 em Montreal, Quebec, Canadá. A partir das reflexões deste fórum, a John Hopkins University School of Medicine, a University of Nebraska e o The Long Island College Hospital, emitiram pareceres favoráveis em relação as mudanças em suas matrizes curriculares.

Em 1934, Willian D. Reid⁶¹, professor-assistente de cardiologia da Boston University School of Medicine, publicou um ensaio onde definia os objetivos educacionais que deveriam guiar o desenho curricular (Anexo A). A matriz proposta por D. Reid propunha como objetivos gerais das graduações médicas a eficiência vocacional para a prática generalista, o avanço do conhecimento médico e à capacidade de servir tanto ao indivíduo quanto à população. Na quarta década do século XX, o processo de reorganização curricular americano enfatizava a importância de integrar ao currículo elementos humanísticos. No tópico "Hábitos Mentais", cita a importância da meticulosidade, acurácia, ordem, mente aberta, desenvoltura e espírito de pesquisa. Em "A Arte da Medicina" relata a importância de se fazer entender pelos pacientes em seus diversos níveis intelectuais, como inspirar a fé e a esperança, como seguir em frente e estimular a coragem dos pacientes.

No mesmo ensaio D. Reid, discorre sobre o papel dos diferentes atores do processo ensino-aprendizagem na construção coletiva do currículo médico:

"Quem deve decidir o conteúdo do currículo médico? Deveriam ser aqueles que estão engajados com a prática médica? Entretanto, o indivíduo pode ter sucesso em sua vida profissional e ainda assim não ter uma idéia clara a respeito da educação, que é o mais valioso. Sucesso na profissão e conhecimento em educação não estão necessariamente associados; mas o inverso pode ser verdadeiro."

"Poderia o estudante decidir sobre o currículo? Obviamente, "não", pois ele não é suficientemente familiarizado com os conteúdos para tomar decisões. Entretanto, a eles pode ser dada a oportunidade de criticar o método e a qualidade do ensino."

"Deveria a faculdade ser responsável pela determinação dos conteúdos do currículo? Isto soa agora tão dúbio, e deve continuar assim. A experiência, que só pode ser adquirida através do ensino, fornece informações importantes a respeito do currículo. Mas, é claro, algo mais é necessário - além da experiência da faculdade em ensinar - para esclarecer se a faculdade é bem sucedida na determinação do que ensinar."

2. MARCO TEÓRICO

2.3 A NECESSIDADE DE RUPTURA CURRICULAR DO PARADIGMA BIOCÊNTRICO

Christakis⁶² realizou uma revisão histórica dos relatórios publicados pelas associações médicas dos Estados Unidos no período de 1910 a 1993, que tinham o objetivo de propor reformas à graduação. Dos 19 documentos analisados, independente do contexto histórico, todos debruçavam-se praticamente sob os mesmos tópicos: (1) Servir ao interesse público; (2) Chamar a atenção das necessidades das forças-tarefas médicas; (3) Lidar com o crescimento do conhecimento médico e (4) Aumentar a ênfase no generalismo.

Reformas que sugerem melhorias nas técnicas pedagógicas, no conteúdo do ensino, no desenvolvimento das faculdades, no treinamento generalista, na centralização do currículo e no fornecimento de cursos voltados às ciências sociais com o intuito de humanizar o indivíduo, são recorrentes desde 1910. A AAMC publica em 1984 o Report of the Project Panel of the Physician and College Preparation for Medicine (conhecido como The GPEP Report), que concluía¹⁰:

"Uma revisão dos esforços passados para modificar a educação médica revelou que a maioria dos problemas identificados no curso desse projeto não são novos. As instituições têm intermitentemente alterado seus currículos, mas infelizmente pouco progresso foi atingido no sentido fundamental de reavaliar como os médicos estão sendo formados."

Também nos Estados Unidos, Bloom⁶³ em 1988 analisa criticamente os mais de cem anos de esforços para qualificar o conteúdo e a estruturação da educação médica americana, diante de um cenário de tensões sociais e econômicas:

"Uma transformação paralela na educação médica deveria ser esperada porque as escolas, especialmente nos Estados Unidos, determinam quem deve estudar medicina; e os principais financiadores das pesquisas clínicas determinam o que será ensinado aos futuros médicos."

E comenta a resistência às mudanças ao longo do tempo:

"Como alguém pode explicar esta história de reforma sem mudanças, de repetidas modificações no currículo das escolas e que apenas alteraram de forma suave ou nula as experiências de seus críticos participantes, estudantes e professores? (...) A formação de médicos para atender as necessidades em saúde da sociedade é objetivo declarado da educação médica, mas (eu questiono) esse manifesto ideológico à medicina humanística é pouco mais que um disfarce para as missões em pesquisa, que é a maior preocupação da estrutura social das instituições de ensino. Educação é secundário e essencialmente imutável, mesmo através de corajosas reformas ideológicas nos fundamentos curriculares, que fazem pouco mais do que mascarar a realidade."

Rego⁶⁴, faz um importante alerta ao afirmar que o simples reconhecimento da importância do tema ou mesmo a incipiente presença desses temas nos currículos são insuficientes para promover mudanças no perfil dos profissionais. Defende a preparação de programas de formação voltados para o conjunto de docentes envolvidos na formação profissional e a criteriosa escolha de métodos e técnicas pedagógicas que, amparados em fundamentos teóricos que expliquem o desenvolvimento da competência moral, possam, efetivamente, interferir neste processo.

Pellegrino, em seu artigo: "Teaching Medical Ethics: Some Persistent Questions and Some Responses"⁶⁵ discorre:

"Por que ética está sendo ensinada? Numa sociedade pluralística e democrática existe o interesse que a ética possa ser usada para evidenciar ou encobrir uma doutrinação. Esta possibilidade é improvável por vários motivos. Primeiro, estudantes vêm a escola médica com seus próprios valores, que não são muito alterados por um curso ético. Segundo, os estudantes de hoje são criados em uma sociedade pluralística. Eles resistem à doutrinação ética porque muitos deles estão convencidos da superioridade de um sistema sobre o outro. Finalmente, a melhor proteção contra a doutrinação pelos valores éticos de terceiros é se apoderar da capacidade de refinar seu próprio senso crítico. Isto é o que uma boa aula de ética deveria fornecer."

Em 1984, a WFME iniciou um debate com o intuito de criar diretrizes para a reorientação da educação médica mundial. O documento *The Six Major Themes*⁶⁶, compêndio com as principais questões a serem discutidas, foi traduzido para várias línguas e enviado aos gestores de diversas escolas médicas ao redor do planeta. As suas reflexões foram pleiteadas em conferências nacionais e os relatórios de cada país foram analisados nas seis conferências regionais entre 1987-1988 (Amman, Brazzaville, Dublin, Kuala Lumpur, Nova Délhi e Rio de Janeiro). Na *World Conference of Medical Education (WCME)*⁶⁷, realizada em 1988 em Edimburgo, na Escócia, é publicada a "Declaração de Edimburgo"⁶⁸ que ratifica a necessidade de construção de um currículo que apodere os estudantes de características como competência profissional e valores sociais, não apenas a retenção de conhecimento. Segundo Dubois e Burkemper⁶⁹:

"A prática da medicina é intrinsecamente uma iniciativa ética porque os pacientes estão em sofrimento e situação de vulnerabilidade e os tratamentos médicos não são procedimentos meramente técnicos, eles quase sempre invadem o corpo e comprometem suas consciências."

Deve-se ressaltar que o modelo biologicista não deve ser excluído da formação médica, pois como já citado anteriormente, a complexidade do processo saúde-doença não permite uma visão única, e sim uma visão plural⁷⁰. Os paradigmas biocêntrico e sociocêntrico não são excludentes dentro de uma visão ampliada do processo saúde-doença. Ambos os aspectos deveriam ser unificados em uma filosofia "antropocêntrica", isto é, a favor dos seres humanos⁷¹.

A dificuldade no ensino dos conceitos e atitudes humanísticas - pelas escolas médicas - e a apreensão dessas atitudes pelos estudantes é tema recorrente na literatura mundial.^{72,73,74} Estratégias pedagógicas levando em consideração os princípios andragógicos estão sendo propostas em todo o mundo.^{75,76} A utilização de metodologia ativa, problematização, casos clínicos contextualizados com a realidade, discussão em pequenos grupos, e estímulo a reflexão parecem trazer bons resultados⁷⁷.

Teóricos Humanistas como Carl Rogers⁷⁸ e Abraham Maslow⁷⁹ interpretaram o homem como um ser ávido pelo conhecimento, onde a busca por esse conhecimento faria parte de uma necessidade intrínseca do indivíduo. Postularam a liberdade, com a

aprendizagem centrada no aluno, sendo o professor um facilitador dessa caminhada. A Escola Psicológica Behaviorista, liderada por B. F. Skinner, ao desenvolver a teoria do reforço positivo sugere que o aprendizado é potencializado quando o educando vivencia uma experiência prazerosa.⁸⁰ Mais recentemente, Burns incluiu a motivação como um fator primordial nessa definição.^{81,82} O aprendizado não depende somente do grau de relevância daquilo que é aprendido, mas também, ou principalmente, da percepção do aluno de quão relevante é aquele tema.

Sabe-se que o modelo andragógico de educação, proposto por Malcom Knowles⁸³ no final do século passado, considera que existem diferenças importantes a serem consideradas no ensino de adultos, entre elas: (1) Adultos são internamente motivados e auto-dirigidos; (2) Adultos trazem suas experiências de vida e o conhecimento prévio às suas experiências de aprendizagem; (3) O ensino deve ser orientado por objetivos e contextualizado em problemas reais; (4) Adultos são práticos; (5) Adultos necessitam ter suas opiniões respeitadas; (6) O aprendizado dos adultos é orientado pela relevância que eles atribuem a determinada questão⁸⁴.

Pellegrino⁶⁵, em 1989, reflete de forma crítica a respeito do ensino da ética nas escolas médicas:

"Ensinar ética médica ou humanismo possui efeito mensurável no comportamento dos médicos formados nestes programas? Está é uma questão delicada, e não existe método ideal para atingir uma resposta satisfatória. Os desfechos necessitariam de um grande estudo controlado sobre o comportamento médico e o custo, a complexidade e a reprodutibilidade tornariam o estudo proibitivo. Entretanto, podemos racionalizar a respeito de outras disciplinas. Por exemplo, não há correlação comprovada entre o ensino de anatomia ou bioquímica e a qualidade científica da prática médica ao final do curso. A maior parte do currículo médico, e isso deve ser admitido, é baseado em evidências indiretas e na esperança de que a exposição aos conteúdos resulte em algum grau de "infecção."

"(...) Atualmente, um amplo espectro de atividades inimagináveis há duas décadas atrás, fazem parte da vida médica e se tornaram comuns: a ética médica é ensinada a beira do leito, em residências, em rounds clínicos; os médicos aumentaram sua participação nos comitês de ética dos hospitais, conferências, simpósios, clubes de revista; há um sem-número de tópicos em

ética oferecidos para a educação continuada e artigos nos mais célebres periódicos. Mais e mais médicos estão engajados em pesquisas empíricas sobre os valores éticos e o processo de tomada de decisões"

Em outro estudo, o Pellegrino conclui que médicos submetidos a programas de ética médica percebiam-se mais preparados para a tomada de decisões quando confrontados na prática diária.⁸⁵ No Brasil, em 2011, Andrade et al⁸⁶. utilizou a Escala de Atitudes de Estudantes de Medicina⁸⁷ ao pesquisar estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS - DF), cujo currículo é voltado para a problematização e há a responsabilidade com desenvolvimento humanístico dos educandos. Concluiu que em geral, os estudantes da ESCS-DF apresentaram maior percentual de atitudes positivas quando comparadas às atitudes negativas ou indiferentes/conflitantes, num percentual que manteve-se inalterado ao longo do curso, sugerindo o um indício positivo do impacto humanístico de um currículo inovador. Experiências favoráveis também são encontradas em outros estados brasileiros.^{88,89}

É fato que a resistência à mudança acompanha toda quebra de paradigma. O amadurecimento dos debates a respeito dos novos horizontes da educação médica e o papel das instituições educacionais como aparelho formador de profissionais capacitados para a demanda contemporânea estende-se desde o início do século XX. Apesar da gradativa preocupação das escolas médicas em aprimorar suas técnicas pedagógicas e integrar a matriz curricular conteúdos ético-humanístico-filosóficos, os estudantes ao final do curso médico ainda sentem-se inseguros em relação à sua formação profissional. Convém lembrar que durante praticamente todo o século passado a sociedade, as escolas médicas e os estudantes de medicina foram regidos pelo modelo flexneriano⁹⁰ pautados numa visão mecanicista, hospitalocêntrica, focada na doença e não no indivíduo; esse era o regime que supria as necessidades daquela época.

Com o advento do Sistema de Único de Saúde, que garante a todos os cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, emerge a necessidade de formar um novo profissional médico, rompendo de vez com o paradigma biocêntrico.

2. MARCO TEÓRICO

2.4 O PAPEL DOS DIFERENTES SIGNIFICADOS DO CURRÍCULO

Hafferty⁹¹ desafia o senso tradicional de que as mudanças na educação médica são mais propriamente feitas a nível do currículo ou dos programas de educação formal. Propõe que a escola médica seja pensada como um ambiente de aprendizagem e que as iniciativas de reforma devem se preocupar com o quê os estudantes aprendem, ao invés de o quê está sendo ensinado. O autor acredita que o em torno da educação médica é composto de dimensões além daquelas explícitas no currículo formal.

Em 1968, Jackson, teórico da educação, propõe o conceito de Currículo Oculto em seu livro "Life in Classrooms"⁹². Fruto das interações sociais dos educandos com o ambiente, Jackson identificou características do cotidiano escolar que pareciam inerentes as relações sociais da aprendizagem. De acordo com sua análise, existiam valores, disposições, expectativas sociais e comportamentais que traziam recompensas para os estudantes e que seu aprendizado era característico do "currículo oculto". Giroux⁹³, sociólogo, em 1983 define currículo oculto como o conjunto de normas, valores e crenças não estabelecidas, incorporadas e transmitidas aos estudantes através de regras subentendidas estruturadas pela rotina e pelas relações sociais nas escolas e salas de aula.

Embora as definições e conceitos variem entre os autores, a noção de ambiente de aprendizagem multidimensional engloba ao menos três esferas inter-relacionadas: (1) o currículo formal, documental, estabelecido, oferecido e endossado aos alunos; (2) um currículo informal, não escrito, subentendido, em uma forma altamente interpessoal de ensinar e aprender e que está entre a faculdade e os estudantes; (3) um contexto de influências que funciona a nível de organização estrutural e cultural - o currículo oculto. Um estudo exploratório australiano⁹⁴ publicado em 2008 concluiu que os estudantes de medicina da Universidade de Queensland reconhecem o currículo informal e o currículo oculto como parte integral do aprendizado e de suas formações profissionais. Para eles, a

"ciência médica" é associada ao currículo formal e a "arte-médica" associada aos currículos oculto e informal.

Existem portanto dimensões pedagógicas não totalmente expressas no currículo formal capazes de inculcar nos estudantes os valores desejados pela sociedade, através da exploração de diferentes nuances e cenários além do meio acadêmico.

3. APRESENTAÇÃO

Estudar a percepção dos atores educacionais a respeito das competências necessárias à formação médica, reflete a necessidade de compreender o processo de construção pedagógica sob múltiplos aspectos. Em um contexto dinâmico que envolve: as políticas em saúde, os avanços na educação médica, a incorporação de novas tecnologias, uma sociedade em transformação, o compromisso ético das instituições de ensino superior e o papel do estudante como agente transformador da realidade; emerge o intuito deste trabalho: identificar a sintonia entre gestores do currículo e estudantes quanto ao objetivo primordial da formação médica. Cabem aos gestores do currículo médico elaborar estratégias para a construção de um projeto político-pedagógico institucional, que apodere os estudantes ao longo do processo educativo das competências necessárias a uma formação de qualidade e ao enfrentamento dos desafios do SUS.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GERAIS

Avaliar a percepção dos docentes gestores do currículo e de estudantes ao final do curso no que diz respeito a:

4.1.1 Importância das competências preconizadas pela DCN/2001.

4.1.2 Importância dos módulos do currículo pré-internato da FPS à formação profissional.

4.1.3 Identificar os principais cenários onde essas competências devem ser adquiridas.

4. OBJETIVOS

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Avaliar a população estudada quanto às características socioeconômicas.

4.2.2 Avaliar a importância que docentes gestores do currículo e estudantes ao final do curso atribuem às competências necessárias à formação médica preconizadas pela DCN/2011.

4.2.3 Avaliar a importância que os entrevistados atribuem aos módulos, laboratórios e atividades complementares que integram a matriz curricular pré-internato da FPS para a formação médica, classificados de acordo com o eixo teórico correspondente, e que estão expressos no Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina (PPP), do ano de 2011.

4.2.4 Avaliar a opinião dos entrevistados quanto aos cenários: faculdade, vida profissional, núcleo familiar e religião como cenários de aprendizagem para a aquisição das competências necessárias à formação médica.

5. MÉTODO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, descritivo, de corte transversal, de metodologia quantitativa.

5. MÉTODO

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Faculdade Pernambucana de Saúde, localizada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Criada em 2005, a instituição possui os cursos de graduação em medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional e farmácia. É pioneira na utilização da ABP no estado de Pernambuco e conta com o IMIP - o maior complexo hospitalar de ensino do norte-nordeste brasileiro - como hospital-escola.

5. MÉTODO

5.3 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos anos de 2012 a 2014 e a coleta de dados ocorreu durante os meses de agosto a novembro de 2012.

5. MÉTODO

5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo constituiu-se nos 129 estudantes cursando o 6º ano do Curso de Graduação em Medicina da FPS e onze docentes que integram o Núcleo

Docente Estruturante no ano de 2012. O NDE é composto pelo coordenador do curso, coordenador acadêmico e por dez docentes (mestres e doutores), que participam plenamente da elaboração, gestão e acompanhamento do PPP do curso e de seu currículo.

5. MÉTODO

5.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos todos os estudantes do 6º ano do curso médico e os docentes - NDE da FPS, desde que preenchessem os critérios de inclusão e exclusão durante o período do estudo.

5. MÉTODO

5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O critério de inclusão dos sujeitos elegíveis entre os estudantes é estar cursando o 6º ano do curso médico no ano de 2012.

O critério de inclusão dos sujeitos elegíveis entre os gestores do currículo é integrar o NDE da FPS no ano de 2012.

5. MÉTODO

5.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os estudantes que não vivenciaram todos os módulos e atividades propostas pela matriz curricular pré-internato da FPS, como os estudantes que ingressaram em qualquer período por meio de transferência de outra instituição de ensino superior. Também foram excluídos todos os participantes elegíveis envolvidos direta ou indiretamente com esta pesquisa.

5. MÉTODO

5.8 DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS

Os questionários utilizados possuem questões objetivas concebidas sob fundamentação teórica do Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina - Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de novembro de 2001²³ e pelo Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - Recife/PE do ano de 2011⁴⁰.

5.8.1 VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

5.8.1.1 Variáveis comuns aos grupos:

- **Idade** - Variável quantitativa discreta expressa em anos completos.
- **Sexo** - Variável qualitativa nominal dicotômica Masculino/Feminino.
- **Cor** - Variável qualitativa nominal policotômica, categorizada em: Branco (a), Preto (a), Amarelo (a), Pardo (a) e Indígena (a)
- **Naturalidade** - Variável qualitativa nominal, expressa em: Município e UF.
- **Estado civil** - Variável qualitativa ordinal policotômica, categorizada em: Solteiro (a), Casado (a), Viúvo (a) e Divorciado (a).
- **Possuir filhos** - Variável qualitativa nominal dicotômica, expressa em: Sim ou Não.
- **Possuir parentes médicos** - Variável qualitativa nominal dicotômica, expressa em: Sim ou Não.

- **Renda familiar** - Variável qualitativa ordinal policotômica, expressa em: Até 1 salário, >1 até 2, >2 até 3, >3 até 5, >5 até 10, >10 até 20 e >20 salários mínimos.
- **Escolaridade do Pai** - Variável qualitativa nominal policotômica, expressa em: Sem instrução, Até o ensino médio incompleto, Até o ensino médio completo, Até o ensino fundamental incompleto, Até o ensino fundamental completo, Até o ensino superior incompleto, Ensino superior completo e Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado.
- **Escolaridade da Mãe** - Variável qualitativa nominal policotômica, expressa em: Sem instrução, Até o ensino médio incompleto, Até o ensino médio completo, Até o ensino fundamental incompleto, Até o ensino fundamental completo, Até o ensino superior incompleto, Ensino superior completo e Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado.

5.8.1.2 Variáveis dirigidas aos estudantes:

- **Motivos pela escolha do curso** - Variável qualitativa nominal policotômica, expressa em: Convivência com profissionais de saúde, Contribuir para o avanço da ciência, Oportunidade de emprego, Influência de amigos e familiares, Me tornar um profissional de sucesso, Boas expectativas salariais, Aptidão vocacional, Importância social da profissão e desejo de cuidar das pessoas.
- **Área de interesse/especialidade ao final da graduação** - Variável qualitativa nominal, expressa em: Áreas básicas (Clínica médica, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, pediatria e saúde da família), Especialidades e Sub-especialidades e Saúde Pública.
- **Grau de motivação com a futura profissão.** - Variável qualitativa ordinal, expressa em Escala Likert: 1 Muito desmotivado, 2 Algo desmotivado, 3 Neutro, 4 Algo motivado e 5 Muito motivado.
- **Expectativa de renda mensal** - Variável numérica contínua.

5.8.1.3 Variáveis dirigidas aos docentes gestores do currículo:

- **Área de atuação assistencial** - Variável qualitativa nominal, expressa em: Áreas básicas (Clínica médica, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, pediatria e saúde da família), Especialidades e Sub-especialidades e Saúde Pública.
- **Grau de motivação com a carreira assistencial** - Variável qualitativa ordinal, expressa em Escala Likert: 1 Muito desmotivado, 2 Algo desmotivado, 3 Neutro, 4 Algo motivado e 5 Muito motivado.
- **Cenário de aquisição de competências pedagógicas** - Variável qualitativa nominal, expressa em: Pós-graduação, residência médica e curso de capacitação de docentes.
- **Grau de motivação com a carreira docente** - Variável qualitativa ordinal, expressa em Escala Likert: 1 Muito desmotivado, 2 Algo desmotivado, 3 Neutro, 4 Algo motivado e 5 Muito motivado.

5.8.2 VARIÁVEIS PARA AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS PRECONIZADAS PELAS DCN/2011

- **Importância das competências ao perfil médico** - Variáveis qualitativas nominais: Conhecimento clínico e científico, Atuação no cenário SUS, Gerenciamento e administração da força de trabalho, Médico como um generalista. Produção de conhecimento, Habilidades para procedimentos técnicos, Responsabilidade social, Postura ética e reflexiva, Trabalho multidisciplinar, Educação permanente, Comunicação e empatia e Liderança e tomada de decisões, avaliadas através de Escala Likert graduada em: 1 Discordo Totalmente, 2 Discordo Parcialmente, 3 Neutro, 4 Concordo Parcialmente e 5 Concordo Totalmente.

5.8.3 VARIÁVEIS PARA AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DOS MÓDULOS, LABORATÓRIOS E ATIVIDADES DE EXTENSÃO DO CURRÍCULO

5.8.3.1 Módulos do currículo - Variáveis qualitativas nominais referentes a importância dos módulos do currículo expressos no PPP da FPS: Epidemiologia geral, Anatomia sistêmica aplicada, Semiologia médica, Introdução a filosofia,

Histologia médica, Farmacologia; Concepção, nascimento e crescimento; Bases filosóficas da ética, Psicologia médica; Saúde bucal, ocular e auditiva; Sistema digestivo, Bioética, Saúde da mulher, Sistema neurológico, Sistema cardiorespiratório, Deontologia médica, Saúde da criança e do adolescente; Saúde mental, distúrbios psiquiátricos e comportamentais; Nutrição e metabolismo, Teologia, Saúde do homem e saúde urbana, Mecanismos de defesa e auto-imunidade, Sistema urinário, Estudo da desigualdade, Envelhecimento e morte, Teoria e técnicas psicoterápicas, Distúrbios da pele e do sistema locomotor, Filosofia da ciência, Sistema hematopoiético e câncer, Dor e iatrogenias, Trauma e emergências, Metodologia científica e técnicas pedagógicas, Prática comunitária; Avaliadas através de escala numérica de 0 a 10 por graduação de importância. Os módulos supra-citados estão distribuídos nos seguintes eixos filosóficos/áreas temáticas: Introdução ao Estudo da Medicina, Desequilíbrios do Processo Saúde/Ambiente, Evolução Humana, Ética da Vida e da Liberdade e Atitudes e Relações Humanas.

5.8.3.2 Laboratórios do currículo - Variáveis qualitativas nominais referentes a importância dos laboratórios e atividades complementares do currículo expressos no PPP da FPS: Laboratório de comunicação, Laboratório de anatomia dissecação, Laboratório de anatomia em modelos, Laboratório de semiologia, Laboratório de radiologia, Laboratório de habilidades e procedimentos, Iniciação científica - PIBIC, Laboratório de habilidades e procedimentos, Atividades de extensão (Palhaçoterapia, libras inglês médico, congressos acadêmicos, trabalho voluntário, etc..). Avaliadas através de escala numérica de 0 a 10 por graduação de importância.

5.8.3.3 Módulos não contemplados no currículo - Questão discursiva, subjetiva, aberta, expressa através da questão "**Qual(ais) módulos não estão contemplados no currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde que você incluiria visando atingir uma melhor formação profissional?**"

5.8.4 VARIÁVEIS PARA AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

- **Cenários para adquirir competências** - Variáveis qualitativas nominais do item 5.8.2 expressos nos cenários: Faculdade, Vida Profissional, Núcleo Familiar e Religião.

5. MÉTODO

5.9 COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram obtidos através da aplicação de questionários elaborados e entregues pelo pesquisador aos sujeitos da pesquisa após leitura conjunta e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) no cenário de grupos tutoriais da FPS e do IMIP. Os questionários foram formatados em duas versões: uma direcionada aos estudantes do 6º ano (Apêndice B) e uma direcionada aos docentes - NDE. (Apêndice C) Antes de serem aplicados, os questionários foram submetidos à avaliação semântica (Apêndice D) por 10 médicos (dois clínicos gerais, dois gineco-obstetras, dois pediatras, dois cirurgiões-gerais e dois mestrados em educação para graduação na área de saúde) além de 4 estudantes do curso médico (dois do 6º ano e dois do 5ºano). A partir das opiniões emitidas os questionários foram modificados até o modelo final.

5. MÉTODO

5.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

O banco de dados foi criado através do Software Microsoft Excel 2007, alimentado por dupla-entrada e a análise estatística realizada através do Software STATA/SE 12.0. Todos os testes foram aplicados com 95% de intervalo de confiança.

Para verificar a existência de associação foi utilizado o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas, o Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas, o Teste de Mann-Whitney (Não Normal) para comparação entre grupos, o Alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna das respostas e o cálculo do Ranking Médio para avaliar o grau de concordância das Escalas Likert.

5. MÉTODO

5.11 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa não envolveu danos físicos ou psíquicos aos sujeitos, assim como não implicou em mudanças significativas em suas atividades rotineiras. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e ao serem convidados, foi reiterada a possibilidade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento e enfatizado que a indisponibilidade do indivíduo não acarretaria consequências institucionais ou hierárquicas dentro dos locais de pesquisa.

5. MÉTODOS

5.12 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Todos os sujeitos foram convidados à leitura e assinatura do TCLE, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade a todos os participantes. Em concordância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa (nº 3227-12) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, em reunião ordinária do dia 10 de outubro de 2012 (Anexo B).

5. MÉTODO

5.13 CONFLITO DE INTERESSES

Todos os pesquisadores e orientadores possuem ou já possuíram vínculos empregatícios ou acadêmicos com a FPS e o IMIP. O orientador é membro do Núcleo Docente Estruturante - NDE e foi excluído da pesquisa. A co-orientadora exercia atividades acadêmicas na FPS e assistenciais no IMIP à época da pesquisa, o mestrando e seu colaborador foram estudantes do Curso de Graduação em Medicina da FPS - Turma 2011.

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES

Dos 129 estudantes no 6º ano do curso médico do em 2012, 114 (88,3%) aceitaram participar da pesquisa. Na amostra discente, a média de idade foi de 25,33 DP 1,87 anos, 95 (86,4%) são naturais de Pernambuco e houve predomínio de indivíduos do sexo feminino (58,8% - 67). Do total de estudantes, 79 (69,9%) declararam-se brancos; 110 (96,5%) solteiros e 102 (89,4%) possuem renda familiar superior a dez salários mínimos. Setenta e dois (63,2%) têm parentes de primeiro grau médicos; 39,8% dos pais e 40,4% das mães dos estudantes são pós-graduados, mestres ou doutores.

Dos onze docentes que integram o NDE da FPS, 10 (90,9%) participaram da pesquisa. Os docentes - NDE entrevistados possuem idade média de 50,00 DP 5,46 anos e desses, 7 (70,0%) são naturais de Pernambuco; 8 (80,0%) declararam-se brancos; 7 (70,0%) casados e a maioria possui renda familiar superior a 20 salários mínimos (60%). Oito docentes (80,0%) possuem parentes de primeiro grau médicos; 50% dos pais e 30% das mães dos docentes são titulados em pós-graduação, mestrado ou doutorado. (Tabela 1.)

Tabela 1 - Perfil sócio-econômico dos estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012.

Variáveis	Grupos			
	Estudantes (n = 114)		Docentes - NDE (n= 10)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	67	58,8	7	70,0

(Continuação.)	Grupos				
	Variáveis	Estudantes		Docentes -	
		(n = 114)		NDE	
	n	%	n	%	
Cor					
Parda	33	29,2	2	20,0	
Negra	1	0,9	0	0	
Estado					
Pernambuco	95	86,4	7	70,0	
Demais estados do Nordeste	11	10,0	3	30,0	
Outras regiões	4	3,6	0	0	
Estado Civil					
Solteiro (a)	110	96,5	2	20,0	
Casado (a)	2	2,6	7	70,0	
Divorciado (a)	1	0,9	1	10,0	
Possui familiar de primeiro grau médico?					
Sim	72	63,2	8	80,0	
Renda familiar mensal					
Até 5 salários mínimos	3	2,7	0	0	
> 5 até 10 salários mínimos	9	7,9	0	0	
>10 até 20 salários mínimos	34	29,8	4	40,0	
>20 salários mínimos	68	59,6	6	60,0	
Escolaridade do Pai					
Sem instrução	2	1,8	0	0	
Até o ensino médio completo	10	8,9	4	40,0	
Até o ensino fundamental completo	6	5,3	0	0	
Até o ensino superior completo	50	44,2	5	50,0	
Pós-Graduado, Mestre ou Doutor	45	39,8	1	10,0	
(Conclusão.)	Grupos				

Variáveis	Estudantes (n = 114)		Docentes - NDE (n= 10)	
	n	%	n	%
	Escolaridade da Mãe			
Sem instrução	0	0	0	0,0
Até o ensino superior completo	55	48,1	3	30,0
Pós-Graduado, Mestre ou Doutor	46	40,4	2	20,0

Quanto aos estudantes, questionados os principais motivos pelos quais escolheram o curso médico (Tabela 2), o "Desejo de cuidar das pessoas" (81 - 72,3%), "Aptidão vocacional" (80 - 71,4%), "Importância social da profissão" e "Oportunidades de emprego", ambos citados 35 (31,2%) vezes foram as respostas mais frequentes. Dos entrevistados, 63,3% (71) desejam atuar em especialidades ou sub-especialidades e 70,6% (75) almejam renda maior ou igual a 20.000 reais (Tabela 3).

Tabela 2 - Principais motivos pela escolha do curso médico pelos estudantes ao final do curso de medicina da FPS no ano de 2012.

Motivos pela escolha do curso médico	Estudantes (n = 112)	
	N	%
Desejo de cuidar das pessoas	81	72,3%
Aptidão vocacional	80	71,4%
Importância social da profissão	35	31,2%
Oportunidades de emprego	35	31,2%
Boas expectativas salariais	31	27,6%
Influência de amigos e familiares	22	19,6%
Me tornar um profissional de sucesso	21	18,7%
Convivência com profissionais de saúde	16	14,2%
Contribuir para a ciência	8	7,1%

Tabela 3 - Perspectivas profissionais de estudantes ao final do curso de graduação em medicina da FPS no ano de 2012.

Área de interesse ao final da graduação	Estudantes (n = 112)	
	N	%
Áreas básicas	39	34,8%
Especialidades e sub-especialidades	71	63,3%
Saúde pública	2	1,78%

Renda pretendida no ápice da vida profissional (em mil reais)	Estudantes (n = 106)	
	N	%
Menor que 10.000 reais	5	4,7
10.000 até 19.999 reais	26	24,5
20.000 até 29.999 reais	36	33,9
30.000 até 39.999 reais	21	19,8
A partir de 40.000 reais	18	16,9

Os docentes - NDE possuem tempo médio de graduação de 26,30 DP 5,23 anos e 7 (70,0%) atuam em especialidades ou sub-especialidades assistenciais. Quanto ao perfil acadêmico, os mesmos estão envolvidos com atividades de ensino-aprendizagem em média há 20,90 DP 4,90 anos; 4 (40,0%) entrevistados adquiriram suas competências pedagógicas na pós-graduação ou residência médica, 4(40,0%) em cursos de capacitação de docentes e 2 (20,0%) através de programas de mestrado (Tabelas 4). Quanto à motivação em suas carreiras assistencial (RM = 4,0) e docente (RM = 4,5), os entrevistados apresentam-se motivados, conforme expressa a Tabela 5.

Tabela 4 - Caracterização profissional dos gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012.

Área de atuação assistencial	Docentes - NDE (n = 10)	
	N	%
Áreas básicas	3	30,0
Especialidades e sub-especialidades	7	70,0
Cenário onde adquiriu as competências pedagógicas		
Pós - graduação / residência médica	4	40,0
Curso de capacitação de docentes	4	40,0
Mestrado ou doutorado	2	20,0

Tabela 5 - Grau de motivação dos gestores do currículo médico da FPS com suas carreiras assistencial e acadêmica no ano de 2012.

Questão:	Docentes - NDE (n = 10)
	Ranking Médio* (RM)
Grau de motivação com a carreira assistencial.	4,0
Grau de motivação com a carreira docente.	4,5

*RM <3 - Desmotivado; ≥3 - Motivado.

6. RESULTADOS

6.2. IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS PRECONIZADAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

O instrumento que avalia a opinião dos entrevistados quanto a importância das competências necessárias ao perfil do profissional médico e os resultados obtidos estão expressos na Tabela 6. Em todos os quesitos interrogados, estudantes (variação de Ranking Médio de 3,81 a 4,82) e docentes - NDE (variação de Ranking Médio de 4,40 a 5,00) concordaram com a importância dessas características. O Alfa de Cronbach (consistência interna) calculado para o conjunto de respostas dos dois grupos foi de 0,850.

Tabela 6 - Importância das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica, segundo estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012.

Questão:	Ranking Médio (RM*)	
	Grupos	
Avalie a importância das seguintes competências ao perfil do profissional médico:	Estudantes (n = 114) RM	Docentes - NDE (n = 10) RM
Conhecimento clínico e científico.	4,82	4,80
Postura ética e reflexiva.	4,71	5,00
Educação permanente.	4,64	5,00
Comunicação e empatia.	4,63	4,80
Formação generalista.	4,59	4,90

Liderança e tomada de decisões. (Continuação.) Questão: Avalie a importância das seguintes competências ao perfil do profissional médico:	Ranking Médio (RM*)	
	Grupos	
	Estudantes (n = 114) RM	Docentes - NDE (n = 10) RM
Trabalho multidisciplinar.	4,46	4,90
Habilidade para procedimentos técnicos.	4,46	4,50
Responsabilidade social.	4,45	5,00
Atuação no cenário SUS.	4,23	4,90
Produção de conhecimento científico.	4,19	4,50

* $RM \leq 3$ - São discordantes.; $RM > 3$ - São concordantes; =3 - Indiferentes ou ponto neutro.

Entre os estudantes, "Conhecimento clínico e científico" (RM 4,82), "Postura ética e reflexiva" (RM 4,71), "Educação permanente (RM 4,64), "Comunicação e empatia" (RM 4,63) e "Formação generalista" (RM 4,59) foram as competências mais conceituadas.

6. RESULTADOS

6.3. IMPORTÂNCIA DOS MÓDULOS, LABORATÓRIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES QUE INTEGRAM O CURRÍCULO MÉDICO DA FPS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ao avaliar a importância dos módulos que integram o currículo do curso médico para a formação profissional (Tabela 7), os estudantes atribuíram as melhores médias aos módulos dos eixos "Introdução ao Estudo da Medicina" (Gráfico 1), "Desequilíbrios do Processo Saúde/Ambiente" (Gráfico 2) e "Evolução Humana" (Gráfico 3), respectivamente: Semiologia (9,41 DP 1,25), Trauma e Emergências (9,40 DP 1,13), Sistema Digestivo (9,22 DP 1,03), Sistema Cardio-respiratório (9,22 DP 1,30), Saúde da Mulher (9,15 DP 1,16), Sistema Genito-urinário (9,12 DP 1,18), Saúde da Criança e do Adolescente (9,04 DP 1,22), Sistema Neurológico (8,97 DP 1,29), Hematologia e Oncologia (8,89 DP 1,42); Imunologia (8,85; DP 1,38) e Anatomia (8,75 DP 1,69).

Diferente das avaliações dos docentes que integram o NDE, os estudantes atribuíram, com significância estatística, menor importância à formação médica aos módulos curriculares dos eixos doutrinários "Atitudes e Relações Humanas" (Gráfico 4) e "Ética da Vida e da Liberdade" (Gráfico 5) respectivamente: Bioética (7,05 DP 2,53, $p=0,012$), Metodologia científica e Pedagogia (6,85 DP 2,44, $p=0,001$), Deontologia médica (6,72 DP 2,37, $p=0,009$), Bases filosóficas da ética (6,72 DP 2,39, $p=0,001$), Estudo da desigualdade (6,19 DP 2,40, $p<0,001$), Teologia (5,74 DP 2,89, $p=0,002$), Introdução a Filosofia (5,64 DP 2,80, $p=0,001$), Integrações e práticas de humanização (5,27 DP 2,97, $p<0,001$), Filosofia da ciência (5,23 DP 2,55, $p<0,001$) e Psicoterapia (5,18 DP 2,72, $p=0,002$). Também obtiveram diferença estatisticamente significativa entre os grupos os módulos de: Envelhecimento e morte ($p=0,001$), Farmacologia ($p=0,035$), Epidemiologia ($p=0,023$), Psicologia Médica ($p=0,025$) e Prática Comunitária ($p<0,001$).

O módulo de Farmacologia foi o único, com significância estatística ($p=0,035$), cuja média das avaliações pelos docentes - NDE (7,20 DP 2,15) foi menor que a dos estudantes (8,52 DP 1,95).

Tabela 7 -- Avaliação de estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012 a respeito da importância dos módulos do currículo pré-internato para a formação profissional.

Módulos	Grupos		p-valor *
	Estudantes	Docentes - NDE	
	Média ± DP	Média ± DP	
Semiologia	9,41 ± 1,25	10,00 ± 0,00	0,068
Trauma e emergências	9,40 ± 1,13	10,00 ± 0,00	0,033
Digestivo	9,22 ± 1,03	9,00 ± 0,94	0,349
Cardio-respiratório	9,22 ± 1,30	9,20 ± 0,92	0,543
Saúde da mulher	9,15 ± 1,16	9,20 ± 0,92	0,877
Genito-urinário	9,12 ± 1,18	8,80 ± 1,14	0,316
Saúde da criança/adolescente	9,04 ± 1,22	9,30 ± 0,95	0,585
Neurológico	8,97 ± 1,29	8,90 ± 0,99	0,620
Hematologia e oncologia	8,89 ± 1,42	8,90 ± 0,88	0,623
Imunologia	8,85 ± 1,38	8,70 ± 1,34	0,639
Anatomia	8,75 ± 1,69	8,40 ± 1,90	0,640
Dor e iatrogenias	8,73 ± 1,57	9,40 ± 0,84	0,201
Concepção, nascimento e crescimento	8,63 ± 1,43	9,40 ± 0,97	0,082
Envelhecimento e morte	8,53 ± 1,65	9,90 ± 0,32	0,001
Farmacologia	8,52 ± 1,95	7,20 ± 2,15	0,035
Pele e ósteomuscular	8,35 ± 1,66	8,80 ± 0,79	0,574
Nutrição e metabolismo	8,17 ± 1,68	9,10 ± 0,99	0,080

(Continuação.)

Módulos	Grupos		p-valor *
	Estudantes	Docentes - NDE	

	Média ± DP	Média ± DP	
Saúde mental e distúrbios			
psiquiátricos	8,16 ± 2,03	9,20 ± 1,14	0,091
Saúde do homem e urbana	8,15 ± 1,65	8,80 ± 1,14	0,245
Bucal, ocular e auditivo	8,13 ± 1,66	8,50 ± 1,65	0,469
Epidemiologia	7,85 ± 1,71	9,10 ± 1,20	0,023
Psicologia médica	7,68 ± 2,28	9,20 ± 1,03	0,025
Prática comunitária	7,41 ± 2,26	9,80 ± 0,63	< 0,001
Histologia	7,37 ± 1,94	6,80 ± 1,99	0,189
Bioética	7,05 ± 2,53	8,90 ± 1,73	0,012
Metodologia científica e pedagogia	6,85 ± 2,44	9,20 ± 1,03	0,001
Deontologia médica	6,72 ± 2,37	8,60 ± 1,35	0,009
Ética	6,72 ± 2,39	9,10 ± 1,20	0,001
Estudo da desigualdade	6,19 ± 2,40	8,90 ± 1,10	< 0,001
Teologia	5,74 ± 2,89	8,40 ± 0,97	0,002
Introdução a filosofia	5,64 ± 2,80	8,50 ± 1,27	0,001
Integrações e práticas de			
humanização	5,27 ± 2,97	8,90 ± 1,20	< 0,001
Filosofia da ciência	5,23 ± 2,55	8,30 ± 1,06	< 0,001
Psicoterapia	5,18 ± 2,72	7,80 ± 1,55	0,002

(*) Teste de Mann-Whitney

Gráfico 1 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes ao final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Introdução ao Estudo da Medicina".

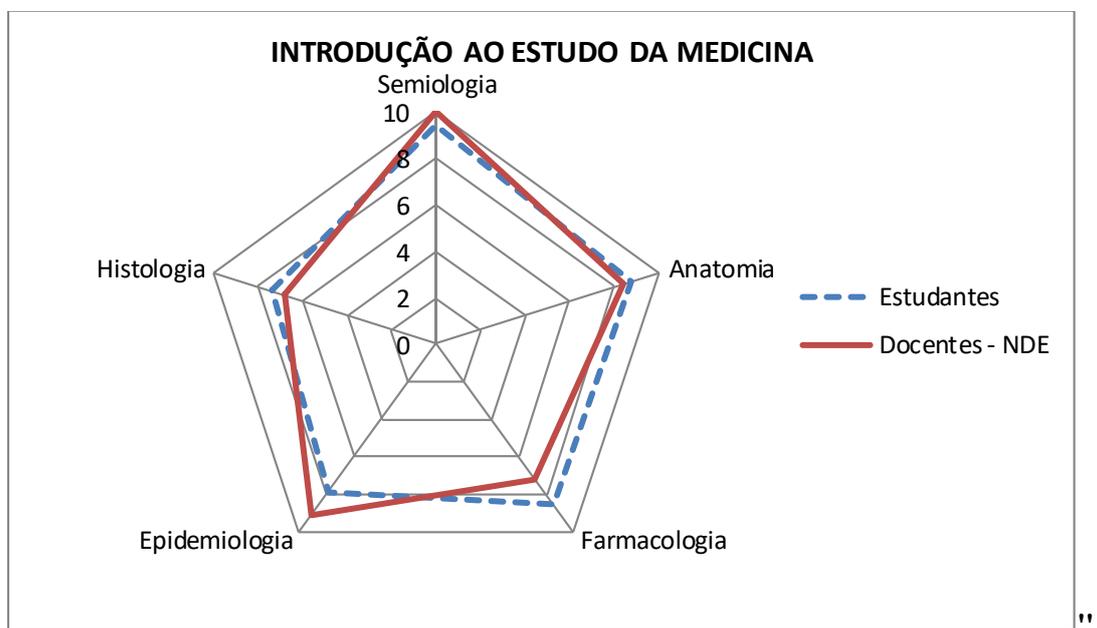


Gráfico 2 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes ao final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Desequilíbrios do Processo Saúde/Ambiente".

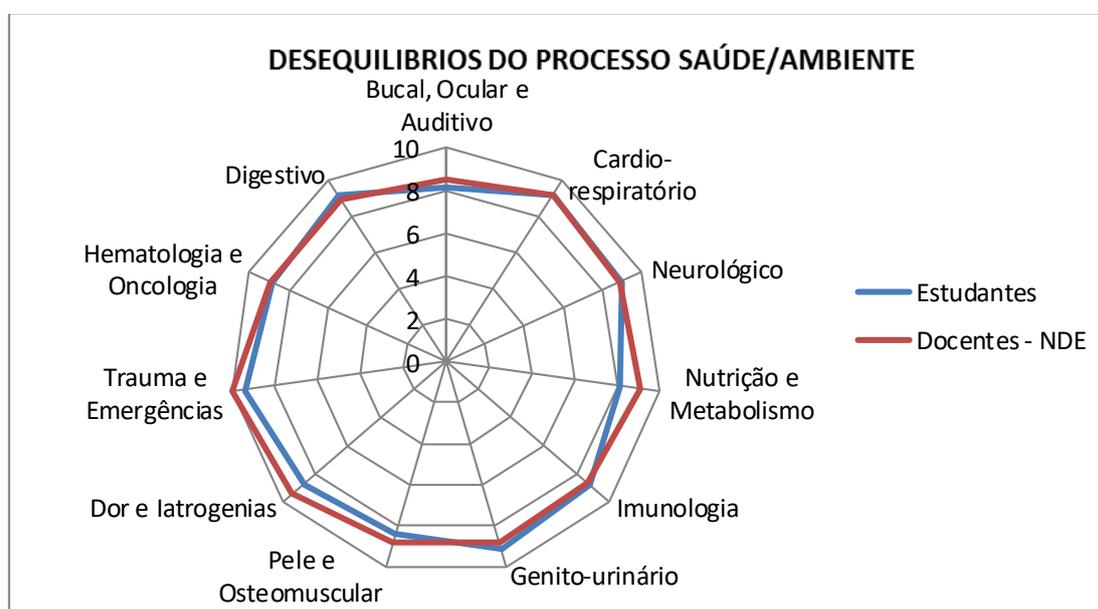


Gráfico 3 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Evolução Humana".

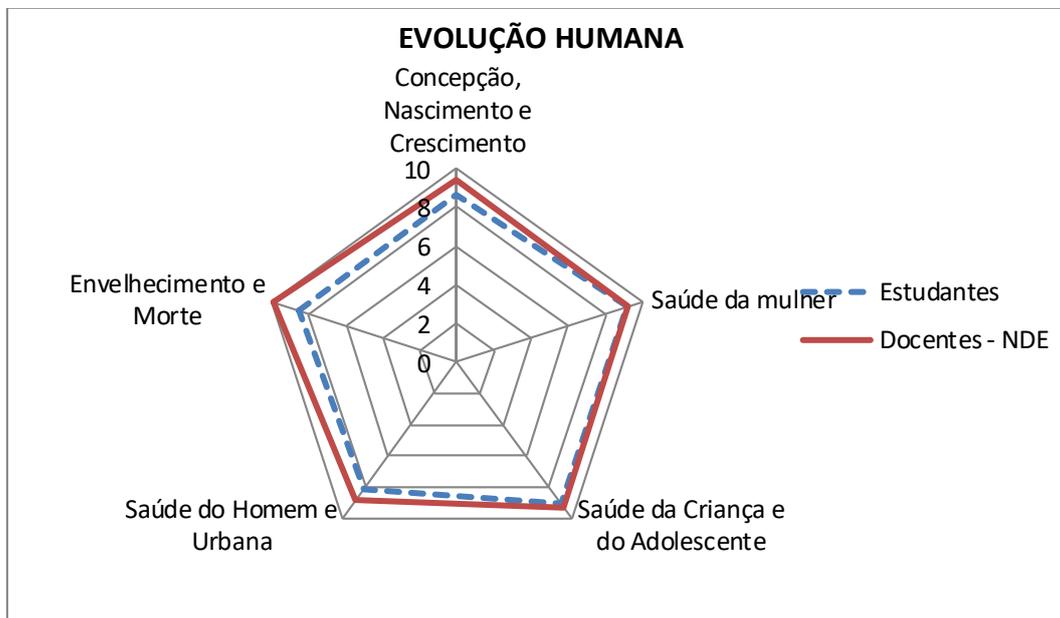


Gráfico 4 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Atitudes e Relações Humanas".

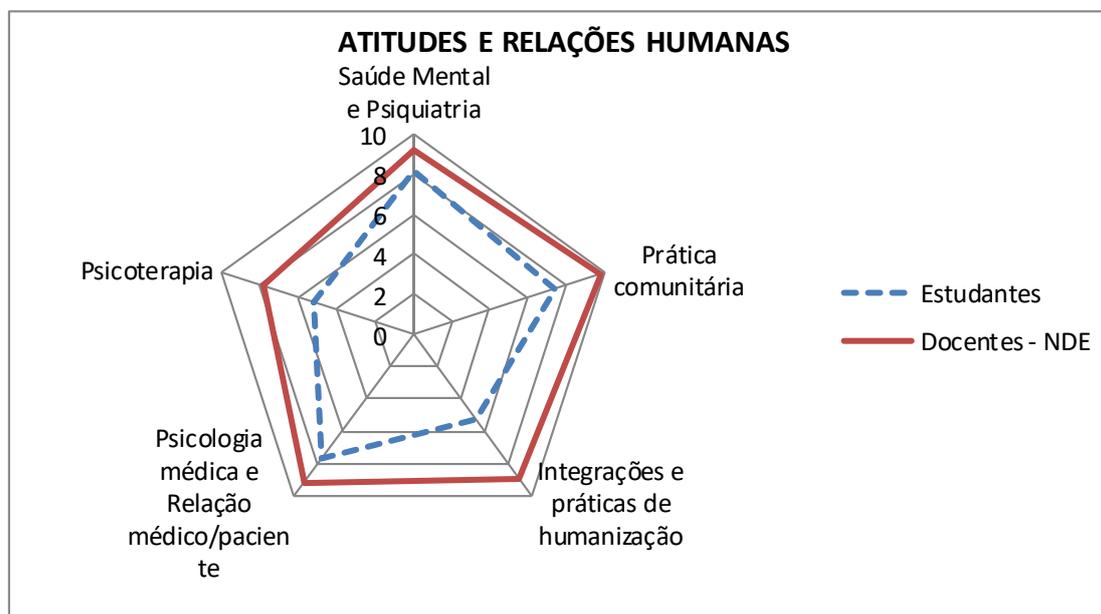
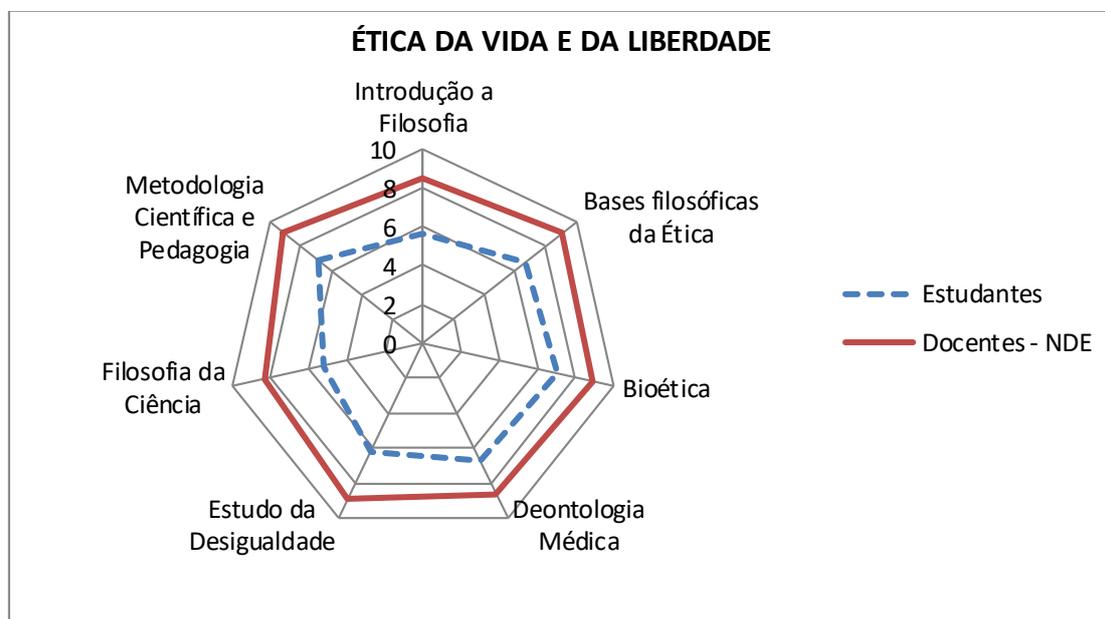


Gráfico 5 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Ética da Vida e da Liberdade".



A Tabela 8 apresenta as médias, desvios-padrão e p-valor referentes a importância dos laboratórios e atividades complementares do currículo para a formação profissional. Os estudantes atribuíram menor importância à formação médica as atividades de Iniciação Científica (8,05 DP 2,04, $p=0,002$), Laboratório de comunicação (7,59 DP 2,57, $p<0,001$) e Atividades de extensão (7,17 DP 2,65, $p=0,034$) em relação às médias encontradas no grupo docente - NDE.

Tabela 8 - Avaliação de estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012 a respeito da importância dos laboratórios e atividades complementares do currículo para a formação profissional.

Laboratórios e Atividades Complementares	Grupos		p-valor *
	Estudantes	Docentes - NDE	
	Média ± DP	Média ± DP	
Laboratório de habilidades e procedimentos	9,32 ± 1,26	9,80 ± 0,42	0,266
Laboratório de semiologia	9,29 ± 1,40	9,90 ± 0,32	0,108
Laboratório de radiologia	9,20 ± 1,15	9,10 ± 1,37	0,943
Laboratório de anatomia dissecção	8,78 ± 1,71	8,40 ± 1,65	0,352
Laboratório de anatomia em modelos	8,59 ± 1,74	8,80 ± 1,69	0,672
Iniciação científica (PIBIC/TCC)	8,05 ± 2,04	10,00 ± 0,00	0,002
Laboratório de comunicação	7,59 ± 2,57	10,00 ± 0,00	< 0,001
Atividades de extensão	7,17 ± 2,65	8,90 ± 0,88	0,034

(*) Teste de Mann-Whitney

Questionados sobre quais módulos não contemplados no currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde poderiam ser incluídos visando atingir uma melhor formação profissional, os estudantes responderam em ordem de frequência: Maior ênfase em Cirurgia Geral e Técnica Cirúrgica antes do internato (11 citações), maior ênfase em Farmacologia (10 citações), maior ênfase em Cardiologia (10 citações), maior ênfase em Pneumologia (8 citações), módulos exclusivos de Medicina Legal e Bioquímica (ambos com 7 citações), Legislação do Sistema Único de Saúde (6 citações), maior ênfase em Saúde Ocular (5 citações), plantões supervisionados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (4 citações), maior ênfase em Ortopedia e Dermatologia (ambos com 4 citações), estágio prático em Psiquiatria/Saúde Mental (3 citações), módulo exclusivo de Microbiologia e módulo exclusivo de Economia em Saúde (2 citações), maior ênfase em Oncologia, Medicina Intensiva e Emergências Clínicas (todos com 2

citações). Com apenas uma menção: módulos exclusivos de Embriologia, Biofísica, Tecnologias em Saúde e Genética Médica.

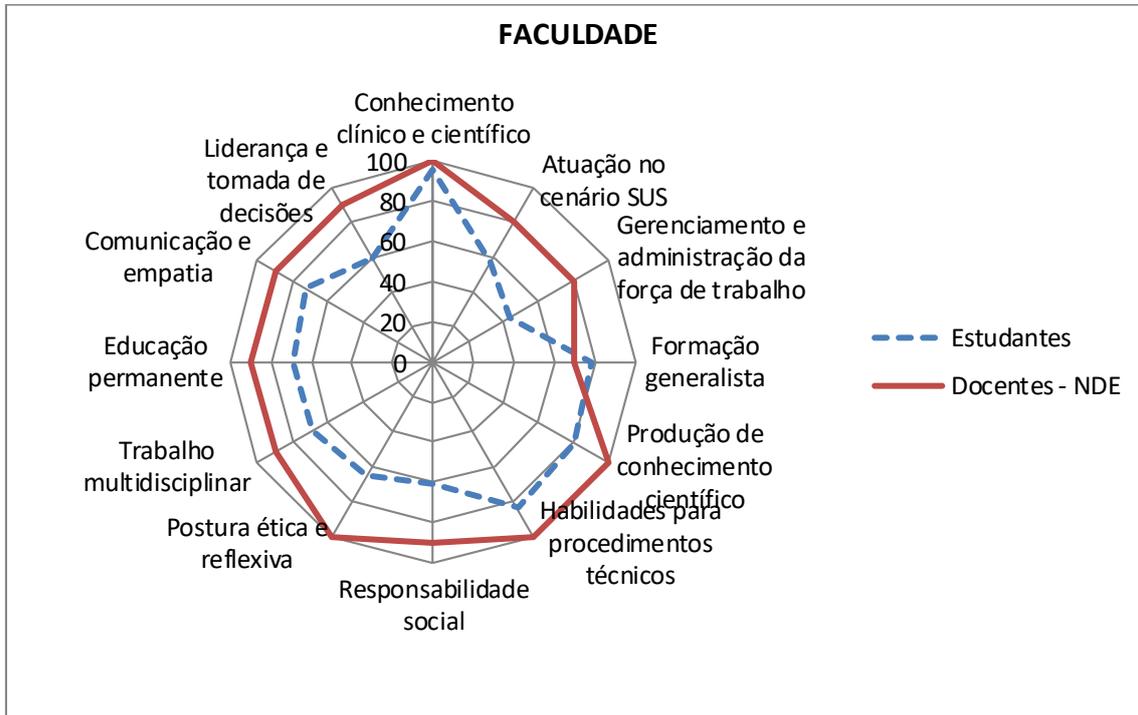
6. RESULTADOS

6.4. AVALIAÇÃO DE DIFERENTES CENÁRIOS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS MÉDICAS

Diante da prerrogativa de que diferentes cenários podem ter papel relevante à aquisição de competências, questionamos estudantes e docentes - NDE: "Em sua opinião, quais os principais cenários onde essas características devem ser adquiridas?"

Levando em consideração a faculdade como cenário para aquisição de competências, os estudantes reconheceram "Conhecimento clínico e científico" (95,5%); "Habilidades para procedimentos técnicos" (83,6%); "Produção de conhecimento científico" (80,9%); "Formação generalista" (78,2%) e "Comunicação e empatia" (72,7%) como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente de ensino-aprendizagem. "Postura ética e reflexiva" (65,5%), "Responsabilidade social" (60,9%), "Liderança e tomada de decisões" (59,1%), "Atuação no cenário SUS" (57,3%) e "Gerenciamento e administração da força de trabalho" (43,6%) foram os atributos menos citados como passíveis de aquisição através do meio acadêmico pelos alunos. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada nos quesitos: "Postura ética e reflexiva" ($p=0,030$), "Responsabilidade social" ($p=0,013$) e "Gerenciamento e administração da força de trabalho" ($p=0,044$) onde, comparados aos docentes - NDE, os estudantes atribuíram menor importância à faculdade como cenário para aquisição dessas competências (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Faculdade.



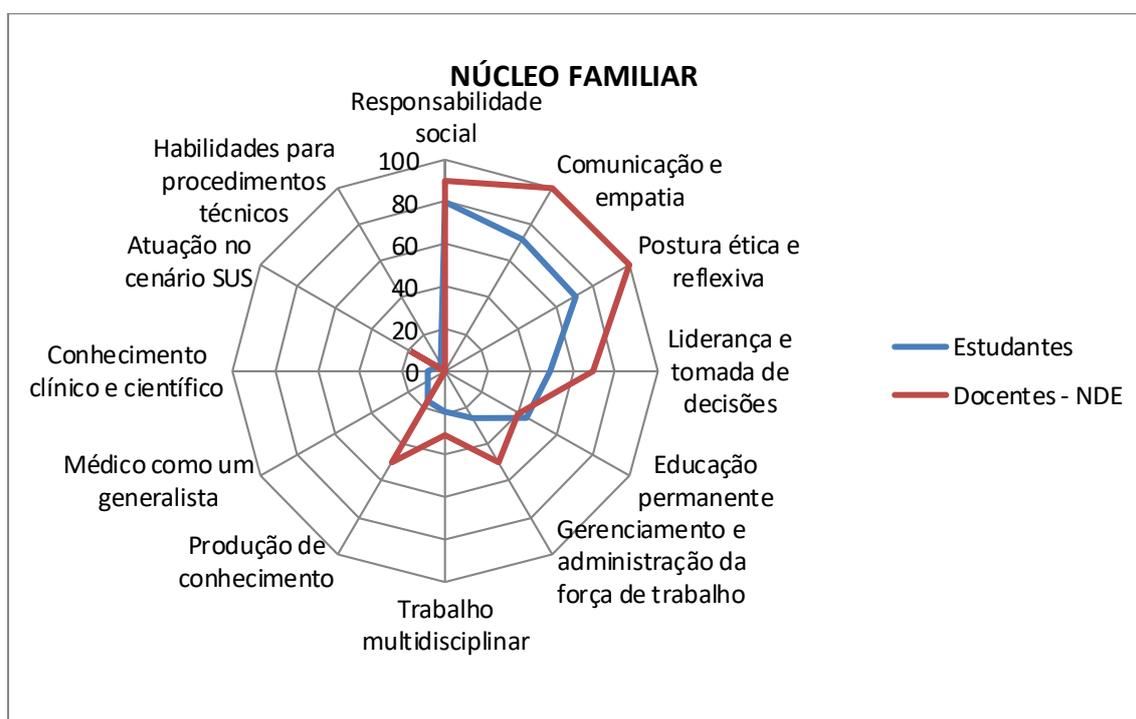
Ao considerar a vida profissional como cenário para aquisição de competências, os estudantes reconheceram "Trabalho multidisciplinar" (79,1%), "Liderança e tomada de decisões" (75,5%); "Gerenciamento e administração da força de trabalho" (72,7%) e "Atuação no cenário SUS" (70,9%). como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada nos quesitos: "Comunicação e empatia" ($p=0,032$), "Educação permanente" ($p=0,030$), "Postura ética e reflexiva" ($p=0,010$) e "Responsabilidade social" ($p=0,006$) onde, diferente dos docentes - NDE, os estudantes atribuem menor importância à vida profissional como cenário para aquisição dessas competências. (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Vida Profissional.



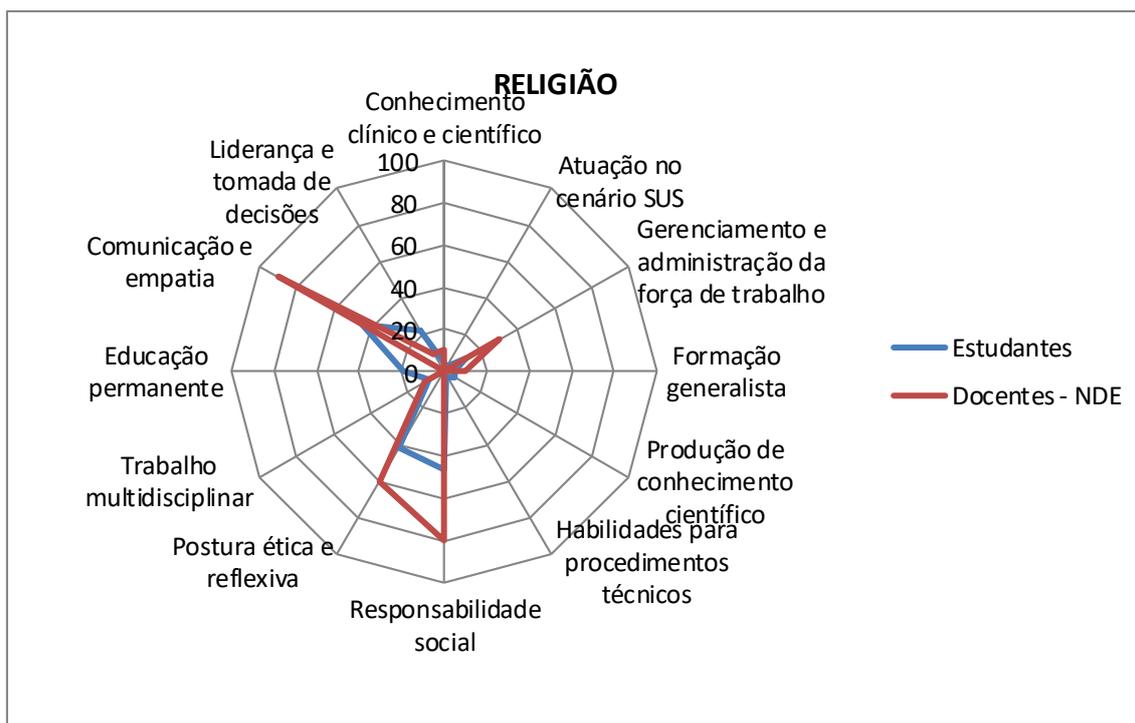
Em relação ao núcleo familiar como cenário para aquisição de competências, estudantes e docentes - NDE reconheceram "Responsabilidade social" (80,0%), "Comunicação e empatia" (71,8%) e "Postura ética e reflexiva" (70,9%) como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada no quesito "Produção de conhecimento" onde, diferente dos docentes - NDE, os estudantes atribuem menor importância ao núcleo familiar como cenário para aquisição dessa competência. (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Núcleo Familiar.



No contexto da religião, os estudantes reconheceram "Responsabilidade social" (46,4%), "Postura ética e reflexiva" (44,5%) e "Comunicação e empatia" (41,8%) como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada no quesito: "Postura ética e reflexiva" ($p=0,007$) onde, comparados aos estudantes, docentes - NDE atribuíram maior importância à religião como cenário para aquisição dessa competência. (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Religião.



7. DISCUSSÃO

7.1. CARACTERIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES

Os resultados encontrados no estudo permitem inferir que os estudantes do 6º ano do curso médico da FPS possuem elevado nível sócio-econômico com maior parcela nas classes alta e média-alta, levando em consideração a renda familiar (IBGE 2014) (89,4% possuem renda familiar superior a dez salários mínimos) e a escolaridade dos chefes de família (84% dos pais e 88,5% das mães de alunos possuem pelo menos o ensino superior completo). Houve ainda predomínio de estudantes da cor branca e do sexo feminino, em concordância com a caracterização dos discentes de outras escolas médicas brasileiras^{95,96}.

Quanto à motivação para a escolha do curso de medicina, Arruda e Millan⁹⁷ classificaram as motivações da escolha profissional em três núcleos distintos: (1) o interesse humanitário: desejo de cuidar, curar, de se dedicar, prazer por contatos; (2) o interesse científico: pela biologia, teoria, ciências experimentais e humanas; e (3) a posição sócio-econômica: interesse pecuniário, posição social, busca de prestígio, desejo de segurança pessoal. Vieira et al⁹⁸. enfatiza que o desejo do indivíduo formar-se médico advém da vontade de ajudar as pessoas ou por vocação profissional, constituindo-se o ideal médico no amor ao próximo e no espírito de sacrifício. No presente estudo, os estudantes consideraram o "Desejo de cuidar das pessoas" (72,3%) e a "Aptidão vocacional" (71,4%) como principais motivadores à escolha do curso. Dados semelhantes foram encontrados por Mascaretti⁹⁹, em São Paulo, Moreira et al.¹⁰⁰, no Rio Grande do Norte e Trindade et al.¹⁰¹ em Sergipe. Apesar de os estudantes entrevistados nesta pesquisa atribuírem menor importância aos motivadores sócio-econômicos como "Importância social da profissão" e "Oportunidades de emprego" (ambos com 31,2% das citações), 70,6% almejam renda mensal igual ou superior a 20.000 reais no ápice de suas carreiras. Um estudo realizado em 2007 com 240 estudantes do 1º ao 6º ano do curso médico da Universidade Federal do Espírito Santo⁹⁵, evidenciou que 75,5% dos entrevistados acreditam na realização financeira e pessoal através da profissão.

Os fatores que orientam os estudantes do sexto ano à seleção da especialidade ao final do curso são múltiplos. Na França, Weissman et al.¹⁰² utilizou a metodologia

aplicada ao marketing nas relações entre consumidor e produto para identificar os principais fatores envolvidos nesta escolha, concluindo que a perspectiva de um estilo de vida estável e uma alta remuneração são elementos importantes para os estudantes, o que poderia justificar a tendência atual à sub-especialização. Também na França, em 2009, Lefreve et al¹⁰³. entrevistou 1550 estudantes e descreveu o interesse pelas doenças, as oportunidades de prática privada, o contato com o paciente e a qualidade de vida como fatores responsáveis pela preferência na escolha de uma especialidade.

A distribuição da escolha das carreiras ao longo do tempo variou consideravelmente nos Estados Unidos onde, de 1987 a 2002 o percentual de estudantes que dedicariam-se à atenção primária caiu de 49,2% para 44,2%¹⁰⁴. Em um estudo publicado no Reino Unido em 2006, dos 2778 médicos recém-formados entrevistados, apenas 1 a cada 4 mulheres e 1 em cada 7 homens escolheriam a prática geral como carreira¹⁰⁵. De forma semelhante à atual tendência mundial, 70,6% dos estudantes entrevistados neste trabalho pretendem seguir especialidades ou sub-especialidades e apenas 34,8% deles se dedicarão às áreas básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia geral ou saúde da família). Dados semelhantes foram encontrados no grupo dos gestores curriculares onde 70,0% dedicam-se a especialidades e sub-especialidades e 30,0% às áreas básicas.

A complexidade da atuação docente na educação médica voltada ao paradigma da integralidade tem sido discutida por diversos autores^{106,107}. Nesse contexto, não basta a qualificação do professor em relação ao conteúdo específico de sua disciplina, é necessário dominar o saber pedagógico. O professor de medicina não foi preparado para ensinar e, em decorrência disso, sua experiência deriva principalmente do campo em que atua¹⁰⁸. Segundo Abreu Neto et al.¹⁰⁹ em qualquer iniciativa de reformulação curricular, a capacitação docente é considerada fundamental para o sucesso do processo de implementação e sustentação de mudanças. Um estudo da Associação Brasileira de Educação Médica, realizado pela CINAEM com 28 escolas de Medicina, verificou que estes cursos, de modo geral, não oferecem formação pedagógica ao corpo docente.²¹ Na população docente-NDE do presente estudo, apenas 40,0% dos gestores do currículo adquiriram suas competências pedagógicas em cursos de capacitação docente e 20,0% através de programas como mestrado ou doutorado. Torna-se importante o investimento

institucional em cursos de formação didático-pedagógica em uma perspectiva de aperfeiçoamento à prática docente.

7. DISCUSSÃO

7.2. IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS PRECONIZADAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

Neste estudo, os estudantes do 6º ano da FPS e os tutores - NDE (gestores do currículo) compartilharam a percepção quanto à importância das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica. Para ambos, "Conhecimento clínico e científico", "Atuação no cenário SUS", "Gerenciamento e administração da força de trabalho", "Formação generalista", "Produção de conhecimento científico", "Habilidade para procedimentos técnicos", "Responsabilidade social", "Postura ética e reflexiva", "Trabalho multidisciplinar", "Educação permanente", "Comunicação e empatia" e "Liderança e tomada de decisões" são competências que devem ser incorporadas ao perfil do profissional em formação.

É importante destacar que as competências relacionadas a princípios ético-humanísticos como "Postura ética e reflexiva", "Comunicação e empatia" e "Formação generalista" ganharam posições de destaque entre as avaliações dos estudantes. De forma semelhante, Laidlaw et al.¹¹⁰, no Reino Unido, concluiu que os graduados em medicina, veterinária e odontologia entendem que as habilidades de: comunicação, trabalho em equipe, conhecimento das evidências científicas, entendimento de questões éticas, senso crítico e curiosidade são os atributos mais importantes a serem desenvolvidos entre os graduandos.

Em 2007, estudo realizado por Neto et al.¹¹¹ avaliou a percepção dos estudantes a respeito da eficiência do currículo quando aplicado à prática clínica no internato, observou que 72% dos estudantes acreditam que as dificuldades no estágio do internato relacionaram-se às deficiências da matriz curricular em seu curso de graduação e que, apenas 34% dos alunos concordam com a necessidade de formação de médicos generalistas, tendo em vista as necessidades do sistema de saúde, entretanto não apoiam esse projeto como meta, ressaltando-se a tendência à "superespecialização".

Há uma diferença importante entre o PPP prescrito pela instituição de ensino e sua aplicação, ou seja, muitas vezes o PPP realmente executado acaba sendo bem diferente do que estava prescrito, pois a aplicação das propostas enunciadas depende das reais condições existentes, como: Infraestrutura, organização dos cenários de ensino-aprendizagem, compreensão e a disponibilidade de professores, funcionários e estudantes a trabalhar conforme as normas propostas. Almeida et al.¹¹², em 2007, realizou um levantamento das Instituições de Ensino Superior (IES) que ofereciam cursos de Medicina no Paraná. Questionários foram enviados aos coordenadores desses cursos com o intuito de verificar o grau de implementação das DCN/2001 através da avaliação dos respectivos PPP's. O autor identificou uma motivação para a inovação do ensino médico no Paraná, traduzido por currículos idealizados por vários princípios inspirados nas DCN/2001. No entanto avanços precisam ocorrer para o desenvolvimento de mudanças efetivas, que dependem em parte da geração de consciências construídas por meio de vários mecanismos: Capacitação docente, educação permanente, processos de avaliação, além de apoio para sua efetiva implementação.

Cabe aos gestores do currículo médico elaborar estratégias para a construção de um projeto político-pedagógico institucional, que apodere os estudantes ao longo do processo educativo das competências necessárias a uma formação de qualidade e ao enfrentamento dos desafios do SUS.

7. DISCUSSÃO

7.3. IMPORTÂNCIA DOS MÓDULOS QUE INTEGRAM O CURRÍCULO MÉDICO DA FPS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Em 1948, foi publicado no *Jornal da AAMC* um estudo realizado com estudantes de medicina da *University of California Medical School*, evidenciando o menor interesse desses por disciplinas como *Neurocirurgia*, *Medicina Preventiva*, *Ortopedia* e *Medicina Tropical*¹¹³. Os estudantes daquela época desejavam dispendir maior tempo em disciplinas nas disciplinas de *Radiologia*, *Psiquiatria*, *Anatomia* e *Neuroanatomia*. Paralelo à atualidade, podemos observar o trabalho de *Tseretopoulou et al.*¹¹⁴ que ao pesquisar estudantes de medicina da *University of Ioannina*, na Grécia - 2011, mostrou que as disciplinas menos valorizadas pelos estudantes foram *Física Médica*, *Bioestatística*, *Psicologia Médica*, *Historia da Medicina*, *Língua Estrangeira* e *Sociologia* (as últimas no ranking de importância). Concluiu então que a relevância que os alunos atribuíam a determinados módulos não correspondia à estrutura curricular proposta, e que esta falta de entusiasmo influenciava diretamente na avaliação que os estudantes faziam do curso e de seus respectivos professores.

*Passi et al.*¹¹⁵ publica em 2010 uma revisão sistemática a fim de nortear diretrizes para o desenvolvimento do profissionalismo em educação médica, identificando cinco áreas que merecem maior atenção por partes dos gestores do currículo na síntese da matriz curricular. Experiências positivas em diversos países demonstram a possibilidade do redirecionamento pedagógico para um currículo baseado em competências^{116,117}.

Em nossa casuística, apesar de estudantes e gestores do currículo convergirem em suas percepções a respeito da importância das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica, ao avaliar a importância dos módulos do currículo os estudantes atribuem menor conceito aos módulos dos eixos doutrinários "Atitudes e Relações Humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade" - as esferas do saber que traduzem as principais transformações incutidas pelas DCN/2001 na busca de um novo perfil médico brasileiro.

Ao considerar com menor conceito os módulos de: Bioética, Metodologia científica e pedagogia, Deontologia médica, Ética, Estudos da desigualdade, Teologia, Introdução a filosofia, Interações e práticas de humanização, Filosofia da ciência e Psicoterapia; além do Programa de iniciação científica, Laboratório de Comunicação e Atividades de extensão, os estudantes demonstram resistência às mudanças do paradigma curricular. Briani¹¹⁸, afirma que a solução para os impasses no campo da saúde não serão encontradas apenas nos projetos de mudança da educação médica, dependendo muito mais da maneira como a sociedade vem encarando a construção da saúde. Nogueira¹¹⁹ complementa:

"Num momento em que se procura favorecer o ensino médico com a contribuição de disciplinas de conteúdo humanístico, há que se perguntar até que ponto a medicina está realmente aberta a uma mudança paradigmática desta ordem, aceitando compartilhar com a educação, a filosofia, a antropologia, a história da ciência, a psicologia, entre outras, a construção de novos significados para o ensino médico e a prática médica."

A formação médica atual necessita de uma formação contextualizada, pois ela se revela em decorrência de transformações sociais, oriundas do processo de modernidade. A presença da formação humanística na formação médica, como facilitadora das relações humanas, mediadas pela comunicação, torna-se tão necessária quanto importante¹²⁰.

A preocupação dos estudantes a respeito da própria formação é alvo de interesse científico. Um estudo realizado em 2007 com estudantes dos 5º e 6º anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora evidenciou que 72% dos estudantes consideraram que as dificuldades do estágio no internato relacionaram-se com as deficiências da matriz curricular em seu curso de graduação. É notável que o estudante ao final do curso ainda sente-se despreparado para lidar com a realidade da vida profissional¹¹¹. Entre 2005 e 2007, Oliveira e Alves¹²¹ pesquisaram 1004 alunos do internato de 13 cursos médicos de seis estados brasileiros (Goiás, Tocantins, Alagoas, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro) destacando ao que pensam os formandos a respeito de sua formação no começo de sua atuação profissional. Desses, 81% querem

buscar formação complementar; 63% desejam ser “especialistas”; 20% querem trabalhar em medicina geral, como o PSF, e apenas 5% querem trabalhar em pequenos municípios. Apenas 19% dos alunos sentiam-se aptos ao exercício imediato da medicina.

Na atual conjuntura nacional, observa-se um aumento desproporcional do número de médicos recém-formados quando comparado à criação de vagas de residência médica. Com um mercado de trabalho a cada dia mais exigente e com o aumento da concorrência, é crescente em todo o País a procura por alternativas para se preparar para as provas desta forma de pós-graduação, sendo que a mais procurada é o curso preparatório para residência médica (CPRM) ^{122,123}.

O processo seletivo tradicional adotado na maioria das instituições nacionais associadas a programas de residência médica não avaliam adequadamente a formação acadêmica, pois atribuem quase sua totalidade a aferição da esfera cognitiva, em detrimento das habilidades e atitudes, enaltecendo a memorização de conteúdos¹²⁴. Em 2011, Rondelli da Silva et al. entrevistou 127 internos de um curso médico do estado de São Paulo a respeito da percepção sobre os CPRMs. Questionados sobre os benefícios dos CPRMs, 58,3% relatam que os CPRMs ampliam os conhecimentos médicos e 41,7% procuram suprir as carências educacionais das suas IES através dos CPRMs.¹²⁵ A proximidade com as provas de residência médica e a insegurança de sua inserção no mercado de trabalho são fatores que podem superestimar a percepção dos internos acerca da importância dos módulos técnico-científicos, em detrimento dos módulos de conteúdo humanístico.

7. DISCUSSÃO

7.4. AVALIAÇÃO DE DIFERENTES CENÁRIOS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS MÉDICAS

O currículo médico é planejado para modificar e/ou inculcar nos estudantes os comportamentos necessários à prática profissional. A percepção dos estudantes a respeito do ambiente de aprendizagem é importante para a efetividade do processo de maturação dessas características, de modo que deve haver congruência entre os objetivos curriculares e o contexto acadêmico.¹²⁶ Nesta pesquisa, estudantes discordaram dos gestores do currículo em relação ao papel da faculdade enquanto ambiente de aprendizagem para as competências "Postura ética e reflexiva", "Responsabilidade social" e "Gerenciamento e administração da força de trabalho", opinião refletida no menor conceito dos estudantes a respeito dos módulos do eixo doutrinário "Ética da Vida e da Liberdade" e "Atitudes e Relações Humanas".

A educação médica continuada (EMC) é definida como o conjunto de atividades educacionais que servem para manter, desenvolver ou aumentar o conhecimento, habilidades e comportamentos, que os médicos usam para fornecer cuidados a seus pacientes e à população¹²⁷. No presente estudo, os estudantes avaliados atribuíram menor conceito ao cenário da vida profissional para a aquisição das competências "Comunicação e empatia", "Educação Permanente", "Responsabilidade Social" e "Postura ética e reflexiva". Os médicos devem aceitar a responsabilidade de sua própria aprendizagem continuada, selecionando metas e atividades educacionais para atingir esses objetivos. Várias estratégias pedagógicas podem ser utilizadas porém ainda não concluiu-se qual o método mais efetivo.¹²⁸ Davis et al.¹²⁹ conclui que as intervenções em EMC comprovadamente otimizam a performance médica, sendo considerada uma estratégia positiva para aquisição de competências ao longo da vida médica.

A educação é uma prática humana, social, que modifica os seres humanos nos seus estados físicos, mentais, espirituais, culturais, que dá uma configuração à nossa

existência humana individual e grupal. O pedagogo alemão Schmied-Kowarzik¹³⁰ descreve:

"A educação é uma função integrante da produção e reprodução da vida social, que é determinada por meio da tarefa natural e, ao mesmo tempo, cunhada socialmente da regeneração de sujeitos humanos, sem os quais não existiria nenhuma práxis social."

Paul Feyerabend, em sua crítica contra o monismo metodológico e a primazia do conhecimento científico sobre as demais formas de conhecimento (religioso, místico, estético...), ressaltou os prejuízos que a falta de atitude crítica traz tanto para o progresso da ciência quanto para a realização da liberdade individual e da potencialidade humana, sob um prisma humanista. No livro "Contra o Método"¹³¹ Feyerabend apodera-se de argumentos racionalistas, defende uma atitude pluralista e uma base ética humanística para a epistemologia ao discorrer que não existe um método único para chegar-se ao conhecimento científico. Além disso, ressalta que o conhecimento só atingiu seu estado atual porque nos momentos de grandes mudanças - que resultaram em avanços nesse conhecimento - os cientistas utilizaram de uma atitude pluralista, Feyerabend rompe definitivamente com o racionalismo crítico, ampliando a esfera conceitual do que se entende por conhecimento, levando-se, por consequência, a ampliação contígua do conceito de educação.¹³²

Fica claro que há uma diversidade de práticas educativas na sociedade e, em todas elas, desde que se configurem como intencionais, está presente a ação pedagógica. Nesta "sociedade pedagógica" Beillerot, em 1995 definiu para o pedagogo dois contextos de ação educativa: Escolar e extra-escolar. O campo da atividade pedagógica extra-escolar é extenso e poderia-se incluir toda a gama de agentes pedagógicos que atuam no âmbito da vida privada e social: pais, parentes, filhos, trabalhadores voluntários em partidos políticos, sindicatos, associações, centros de lazer, etc..¹³³

Nesta pesquisa, estudantes do 6º ano do curso médico e gestores do currículo reconhecem a importância da religião e do núcleo familiar para a aquisição de competências necessárias à formação médica. "Comunicação e empatia",

"Responsabilidade social" e "Postura ética e reflexiva" foram as principais características cujo papel de desenvolvimento pode ser atribuível a esses cenários extra-acadêmicos.

No Brasil, o papel da espiritualidade e da religião na relação médico-paciente e na saúde é tema de discussões. Lucchetti et al.¹³⁴, em um estudo multicêntrico com 12 escolas médicas, entrevistou 3630 estudantes e concluiu que, para eles, a espiritualidade e a religiosidade possuem impacto positivo na saúde dos pacientes. Apesar de desejarem maior ênfase no tema em suas práticas clínicas, 48,7% sentiam-se despreparados para lidar com a questão. Ao analisar a opinião de professores e estudantes a respeito do papel da espiritualidade na educação médica, Banin et al.¹³⁵ reforça os achados do trabalho anterior e acrescenta:

"Em algum ponto de suas carreiras, a maioria dos médicos vai enfrentar situações críticas em que os conflitos espirituais surgirão (ex: Testemunhas de Jeová, que são proibidas de receber transfusões sanguíneas, ateus, pacientes pedindo para orar com o médico e decisões no fim-da-vida). Entretanto, médicos devem saber como agir quando chamados e estarem aptos à pôr em prática suas experiências prévias ou treinar novas situações (a prática reflexiva).

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este trabalho limitou-se a analisar o currículo formal, documental, cuja elaboração depende da reflexão de um grupo seletivo de indivíduos - os componentes do Núcleo Docente Estruturante, que possuem o papel de formular, gerir e desenvolver o currículo médico da FPS. Através da interpretação das demandas sociais por parte desses indivíduos privilegiados, as competências necessárias à formação médica são traduzidas em uma matriz, que servirá de arcabouço teórico para o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes. Este pacto selado responsabiliza as instituições a garantir que o produto final, o profissional formado, retorne ao cerne social e exerça o seu papel transformador da realidade. Existem porém, competências e atribuições que vão além das explicitadas no currículo formal, e que fogem ao escopo deste trabalho, que são igualmente relevantes à formação profissional mas que fazem parte dos currículos informal e oculto.

A escolha do autor na seleção dos sujeitos restringiu o grupo docente aos que faziam parte do Núcleo Docente Estruturante - apenas 11 indivíduos. Essa decisão, apesar de comprometer a homogeneidade das amostras e diminuir o poder estatístico, foi necessária diante da importância deste grupo de sujeitos no processo de tomada de decisões dentro do manejo curricular.

9. CONCLUSÃO

Gestores do currículo e estudantes concordam com a importância das competências propostas pelas DCN/2001 para a formação médica. Ao avaliar a matriz curricular, os estudantes atribuem menor importância aos módulos dos eixos doutrinários “Atitudes e Relações Humanas” e “Ética da Vida e da Liberdade” para a formação profissional.

Os estudantes avaliaram as competências: "Postura Ética e Reflexiva", "Responsabilidade Social" e "Gerenciamento e Administração da Força de Trabalho" como as competências menos adquiríveis no cenário pedagógico "Faculdade". Gestores do currículo e estudantes concordam que cenários de aprendizagem extra-acadêmicos como a vida profissional, o núcleo familiar e a religião possuem papel importante na aquisição de competências necessárias à formação médica.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Andrade JH. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina: I parte. *Educ Méd Salud*. 12(1): 1-19; 1978.
- 2 - Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 3 – Elias PE. Análise sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: A visão autoritária do ideário progressista. *Saúde soc. São.Paulo*: 2(1): 59-73, 1993.
- 4 - Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília, DF: O Ministério; 1986. [acessado em: 18 fev 2014]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- 5 - Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União* 20 set 1990; Seção 1: 18055.
- 6 - Queiroz MS. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev. Saúde Públ. São Paulo*: 20: 309-17; 1986.
- 7 – Nogueira MI. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. *Rev. Bras. Educ. Med*. 33(2): 262-70; 2009.
- 8 - Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, Dez 2008, vol.32, no.4, p.492-499. ISSN 0100-5502

9 - Brasil. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 292, de 14/11/1962. Estabelece as diretrizes mínimas para os cursos de educação superior no Brasil.

10 - Pilon AF. Desarrollo de la educación en salud - una actualización de conceptos. Rev.Saúde públ. São Paulo: 20: 391-6; 1986.

11 - Association of American Medical Colleges. Physicians for the Twenty-First Century, The GPEP Report. Report of The Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine (Washington, D.C., AAMC), 1984.

12 - Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 1985. (Publicación Científica No. 483).

13 - General Medical Council Education Committee . Report of a survey of medical education practices in United Kingdom medical schools. . London: GMC, 1988..

14 - European Office of the World Health Organization and the World Federation for Medical Education. Summary report: Ministerial consultation for medical education in Europe. . Copenhagen. WHO, 1988. EUR/ICP/HMD 115(8).

15 - World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education. "The Edinburgh Declaration". Edinburgh, 12 August 1988. J Med Edu., 22, pp. 481-2.

16 – Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL. 2v. 1999.

17 - Bland CJ, Starnaman S, Harris D, Henry R, Hmebroff L. "No Fear" Curricular Change: Monitoring Curricular Change in the W.K. Kellogg Foundation's National Initiative on Community Partnerships and Health Professions Education. Acad. Med.75 (6), 2000.

18 - Barbieri FB. A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde. Londrina. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual de Londrina; 2006.

19 - Boelen C. The challenge of changing medical education and medical practice. World Health Forum. Educational Development of Human Resources for Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland: 14(3): 213-6; discussion 231-52; 1993.

20 - Ferreira JR. Educación, practica medica y necesidades sociales una nueva visión de calidad. Conferência inaugural do Encontro Continental da Educação Médica, Punta del Este, Uruguay: ALAFEM, FEPAFEM; 1994.

21 - Merhy EE, Aciole GG. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. Pro-Posições. 14 n. 1(40); 2003.

22 - Facchini LA, Piccini RX, Santos RC. CINAEM - Preparando a transformação da educação médica brasileira. Projeto CINAEM, III Fase. Relatório 1999-2000. Pelotas: UFPel; 2000.

23 - Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 9 nov 2001; Seção 1: 238.

24- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Ministérios da Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. (Informes Institucionais). Rev Saúde Públ. 36(3): 375-8; 2002.

25 - Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, 2005. 77 p. – (Projetos, Programas e Relatórios).

26 - Nogueira MI. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. Rev. Bras. Educ. Med. 33(2): 262-270; 2009.

27 – Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União 23 de dez de 1996; Seção1: 27839.

28 – Cezar PH, Guimarães FT, Gomes AP, Rôças G, Siqueira-Batista R. Transição Paradigmática na Educação Médica: Um Olhar Construtivista Dirigido à Aprendizagem Baseada em Problemas. Rev. bras. educ. med. 34(2): 298-308; 2010.

29 - Chang PP, Sosa JÁ, Shatzer JH. Involving students in curriculum reform. Acad Med. 70(4): 253; 1995.

30 - Garcia MA, Silva AL. Um Perfil do Docente de Medicina e Sua Participação na Reestruturação Curricular. Rev bras. educ. med. 35(1): 58-68; 2011.

31 - Chiavenato I. Gestão de Pessoas. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

32 - Dias EC, Silveira AM, Chiavegatto CV, Resende NP. "O Ensino das Relações Trabalho-Saúde-Doença na Escola Médica: Percepção de alunos e Proposta de Aperfeiçoamento na UFMG." Rev bras. educ. med. 30(1): 20-6; 2006.

33 - Costa NMSC. Docência no ensino médico: Por que é tão difícil mudar?. Rev. bras. educ. med. 31(1): 21-30; 2007.

34 - Cate OT, Snell L, Mann K, Vermunt J. Orienting teaching toward the learning process. Acad Med.v79: 219-28; 2004.

35 – Neto IPA, Lima Filho OS, Silva LEC, Costa NMSC. Percepção dos Professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG Implantado em 2003. Rev bras. educ. med. 30(3): 154-60; 2006.

36 – Cutolo LRA, Delizoicov D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. Arq Catar Med. 32(4): 24-34; 2003.

- 37 - Wear D, Castellani B. The Development of Professionalism: Curriculum Matters. Acad. Med. 75 602-11; 2000.
- 38 - Libâneo JC. Pedagogia e pedagogos: inquietações e buscas. Curitiba: Ed. Educac. 17: 153-176; 2001.
- 39 - Cutolo LRA, Cesar AI. "Percepção dos Alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC Sobre a Concepção Saúde-Doença das Práticas Curriculares." Arq Catar Med. 32(4): 75-89, 2003.
- 40 - Faculdade Pernambucana de Saúde. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Recife/PE. 2011.
- 41 - Rees MH. Curriculum Suggestions. Acad. Med. 7(1): 1-4; 1932.
- 42 - Harden RM. Developments in outcome-based education. Med. Teach. 24(2): 117-20; 2002.
- 43 - Harden RM. Outcome-based education: The future is today. Med. Teach. 29(7): 625-9; 2007.
- 44 - Frank JR, Danoff D: The CanMEDS initiative: implementing an outcomes based framework of physician competencies. Med. Teach. 29: 642-7; 2007.
- 45 - Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Turnbull JM, Weston WW, Brown MG, et al. Educating future physicians for Ontario. Acad. Med. 73(11): 1133-48; 1998.
- 46 - Maudsley RF. Content in context: medical education and society's needs. Acad. Med. 74(2): 143-5; 1999.

47 - Muller S. Physicians for the Twenty-first Century: Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. *J Med. Educ.* 59(2); 1984.

48 - Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med. Teach.* 32: 638–45; 2010.

49 - Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cumming AD, Evans PA, David M, et al. The Scottish doctor–learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. *Med. Teach.* 24: 136–43; 2002.

50 - Smith SR, Dollase R. AMEE guide No. 14: outcome-based education: Part 2 - planning, implementing and evaluating a competency-based curriculum. *Med. Teach.* 21: 15–22; 1999.

51 - Wilkes MS, Slavin SJ, Usatine R. Doctoring: A Longitudinal Generalist Curriculum. *Acad. Med.* 69(3): 191-3; 1994.

52 - Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet.* 35: 867-70; 2001.

53 - Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud. colect.* 2(2): 147-60; 2006.

54 - Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 26(12): 2234-49; 2010.

55 - - Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 1998.

56 - Almeida MJ, Pereira LA, Turini B, Nicoletto SCS, Campos JB, Rezende LR, et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. Rev. bras. educ. med. 31(2): 156-65; 2007.

57 - Contreras J. Currículo democrático e autonomia do magistério. In: SÉCULO XXI: Qual conhecimento? Qual currículo? Petrópolis: Ed. Vozes: 74-99; 1999.

58 - Zabala A. Enfoque globalizador e pensamento complexo. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2002.

59 - Perrenoud P, Truhler MG. As competências para ensinar no século XXI. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2002.

60 - Zapffe FC. A Proposed New Curriculum. Acad. Med. 2(4): 322-49; 1927.

61 - Reid WD. The Medical Curriculum. Acad. Med. 9(5): 274-87; 1934.

62 - Christakis NA. The similarity and frequency of proposals to reform US Medical Education. Constant concerns. JAMA. 274(9): 706-11; 1995.

63 - Bloom S. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change." . H.Soc. Behav. 29: 294-306; 1988.

64 - Rego S. Educação e competência moral em Bioética. Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética. Foz do Iguaçu: Brasil. SBB; 2005.

65 - Pellegrino ED. Teaching Medical Ethics: Some Persistent Questions and Some Responses. Acad. Med. 64(12): 701-3; 1989.

66 - Planning Commission. World Federation for Medical Education. Six Major Themes. Med. Educ. 20 : 278-89; 1986.

67 - World Federation for Medical Education. Report of the World Conference on Medical Education. Edinburgh. WFME; 1988.

68 - World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. Lancet. 2: 464; 1988.

69 - Dubois JM, Burkemper J. Ethics education in US medical schools: A study of syllabi. Acad. Med. 77: 432-7; 2002.

70 - Cutolo LRA, Cesa AI. Percepção dos alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC sobre a Concepção Saúde-Doença das Práticas Curriculares. Arq. Catar. Med. 32(4): 24-34; 2003.

71 - Marcondes E. O paradigma do ensino médico. Rev Med. HC – FMUSP. 3: 93; 1998.

72 - Stemmler ED. Teaching medical ethics, a hard won beachhead. Acad. Med. 64(12): 704; 1989.

73 - Stron S, Connely J, Forrow L. Teachers perceptions of difficulties in teaching ethics in residencies. Acad. Med. 67(6): 398-402, 1992.

74 - Loewy EH. Teaching medical ethics to medical students. J. Med. Educ. 61: 661-5; 1986.

75 - Ghias K, Ali SK, Khan KS, Khan R, Khan MM, Farooqui A, et al. How we developed a bioethics theme in a undergraduate medical curriculum. Med. Teach. 33: 974-7; 2011.

76 - Green-Thompson LP, McInerney P, Manning DM, Mapukata-Sondzaba N, Chipamunga S, Maswanganyi T. Reflections of students graduating from a transforming medical curriculum in South Africa - a qualitative study. BMC. 12(49): 1-9; 2012.

77 - Amorim KPC, Araújo EM. Formação ética e humana no Curso de Medicina da UFRN: uma análise crítica. Rev. bras. educ. med. 37(1): 138-48; 2013.

78 - Rogers CR. Tornar-se Pessoa. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.

79 – Maslow, AH. A theory of human motivation. Psychological Review; 1943.

80 - Wandersman A, Poppen PJ, Ricks DF. Humanism and behaviorism: Dialogue and growth. Ed. Oxford. England: Pergamon; 1976.

81 - Burns R. The adult learner at work. Sydney: Business and Professional Publishing; 1995.

82- Burns S. Rapid changes require enhancement of adult learning. HRMonthly June, pp 16-17; 1995.

83 - Knowles MS and Associates. Andragogy in action: applying modern principles of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass; 1984.

84 - Kauffman DM. Applying educational theory in practice. BMJ. 326 (7382): 213-6; 2003.

85 - Pellegrino ED, Hart RJ, Jr. "Relevance and Utility of Courses in Medical Ethics: A survey of Physician's Perceptions." JAMA. 253: 49-53; 1985.

86 - Andrade SC, Deus JA, Barbosa ECH, Trindade EMV. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. Rev. bras. educ. med. 35(4): 517-25; 2011.

87 - Colares MFA, Troncon LEA, Figueiredo JFC. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. Rev bras educ med. 26(3): 194-203; 2002.

- 88 - Aquilante AG, Silva RF, Souza MBB, Kishi RGB. Implementation of Competency-Based Curriculum in Medical Education: Perspective of Different Roles. ISRN Educ. 1-7; 2012.
- 89 - Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Hucitec. 306 p; 2002.
- 90 - Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mal. Rev. bras. educ. med. 32(4): 492-9; 2008.
- 91 - Hafferty FW. Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. Acad. Med. 73: 403-7; 1998.
- 92 - Jackson PW. Life in Classrooms. New York: Holt, Reinhart & Winston; 1968.
- 93 - Giroux, HA. Theory and Resistance in Education. London: Bergin & Garvey; 2001.
- 94 - Ozolins I, Hall H, Peterson R. Student voice: recognising the hidden and informal curriculum in medicine. Med. Teach. 30: 606-11; 2008.
- 95 - Fiorotti PK, Rossoni RR, Miranda AE. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. Rev. bras. educ. med. 34(3): 355-62; 2010.
- 96 - Lamounier JA, Torga ALGF, Leite GLF. Características e conceitos dos formandos do Curso de Medicina da UFMG. Pediatria São Paulo. 24: 85-92, 2002.
- 97 - Arruda PCV, Millan, LR. A vocação médica. In: O universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
- 98 - Vieira JE, Nobre MRC, Nunes MPT, Martins MA. O perfil do aluno da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Vestibular seleciona com viés? Rev. bras. educ. med. 25: 68-72; 2001.

99 - Mascaretti LAS. Perfil do aluno da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev. bras. educ. med. 26(Supl.2): 55; 2002.

100 - Moreira SNT, Nogueira e Silva CA, Tertulino FF, Tertulino FMF, Vilar MJP, Azevedo GD. Processo de significação de Estudantes do Curso de Medicina diante da Escolha Profissional e das Experiências Vividas no Cotidiano Acadêmico. Rev. bras. educ. med. 30(2): 14-9; 2006.

101 - Trindade LMDF, Vieira MJ. Curso de Medicina: motivações e expectativas dos estudantes iniciantes. Rev. bras. educ. med. 33(4): 542-54; 2009.

102 - Weissman C, Schroeder J, Elchalal U, Weiss Y, Tandeter H, Zisk-Rony RY. Using marketing research concepts to investigate specialty selection by medical students. Med. Educ. 46: 974-82; 2012.

103 - Lefreve JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. Med. Educ. 44: 603-12; 2010.

104 - Newton DA, Grayson MS. Trends in career choice by US medical schools graduates. JAMA. 290(9): 1179-82; 2003.

105 - Lambert TW, Goldacre MJ, Turner G. Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. Med. Educ. 40(6): 514-21; 2006.

106 - Batista NA, Batista SH. "Desenvolvimento docente em medicina: a prática como elemento estruturante". In: Batista NA, Batista SH, Abdalla YG, org. Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência; 2005. p. 303-16.

107 - Costa NMSC. "Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?" Rev. Bras. Educ. Med.31 : 21-30; 2007.

- 108 - Perim LG, Abdalla IG, Aguiar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento Docente e a Formação de Médicos. Rev. bras. educ. med. 33 (1 Supl. 1): 70-82; 2009.
- 109 - Abreu Neto IP, Lima Filho OS, Silva LEC, Costa NMSC. "Percepção dos Professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG Implantado em 2003." Rev. Bras. Educ. Med. 30(3) : 154 -60; 2006
- 110 - Laidlaw A, Guild S, Struthers J. Graduate attributes in the disciplines of Medicine, Dentistry and Veterinary Medicine: a survey of expert opinions. BMC Med. Educ. 9(28): 1-6; 2009.
- 111 - Neto JAC, Sirimarco MT, Fava AS, Gomide BO, Martins TPR, Gomes EV. Percepção da eficácia da matriz curricular quanto à prática médica no estágio. Rev Med Minas Gerais. 21(3): 280-87; 2011.
- 112 - Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicolletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. Rev bras educ med. 31(2): 156-65; 2007.
- 113 - Reid WD. Medical Students Evaluate the Curriculum. Acad Med. 23(6): 391-4; 1948.
- 114 - Tseretopoulou X, Stratou A, Stavrinou P, Souretis ., Dimoliatis IDK. Students do not consider all subjects to be equally relevant. A method for quantifying relevance; implications for curriculum timetabling, teaching and learning, and student assessment of teachers. Arch. Hellen. Med. 28(2): 227-33; 2011.
- 115 - Passi V, Doug M, Peile E, Thistlethwaite J, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. Int. J. Med. Educ. 1: 19-9; 2010.
- 116 - Smith RS, Dollase RH, Boss JA. Assessing students performance in a competency-based curriculum. Acad. Med. 78: 97-107; 2003.

117 - Watmough S, Cherry MG, O'Sullivan H. A comparison of self-perceived competencies of traditional and reformed curriculum graduates 6 years after graduation. *Med. Teach.* 34: 562-8; 2012.

118 - Briani, MC. O ensino médico no Brasil está mudando? *Rev. bras. educ. med.* 25(3): 73-7; 2001.

119 - Nogueira MI. As mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev. bras. educ. med.* 33(2): 262-70; 2009.

120 - Ristow AM. A formação humanística do médico na sociedade do século XXI: uma análise curricular [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Paraná; 2007.

121 - Oliveira NA, Alves NA. Ensino médico, SUS e Início da Profissão: Como se sente quem está se formando? *Rev. Bras. Educ. Med.* 35(1): 26-36; 2011.

122 - Martins WA, Pinto LFS, Miranda JFA, Moço ETSM. Experiência de prova prática na seleção para a residência médica: exequibilidade, segurança e importância deste processo de avaliação. *Rev bras educ. med.* 2008; 32(4): 525– 33.

123 - Santos IS, Vieira JE, Nunes MPT. Length of internship influences performance on medical residency exam. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2009; 55(6): 744-8.

124 - Leite ICG, Teixeira MTB, Neves HS, Oliveira LRS, Garcia LAO, Cunha PHM. Avaliação da efetividade dos cursos preparatórios para residência médica. *Rev bras educ med.* 32(4): 445-51; 2008.

125 - I Rondelli da Silva, Almeida LS; Gonsaga RAT, Biscegli TS. Influência dos cursos preparatórios para residência médica em uma avaliação global. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 37(1): 60-5; 2013.

126 – Biddle WB, Smith DU, Tremonti L. Congruence between curriculum goals and students' perceptions of learning environment. *J Med Educ.* 60: 627–34, 1985.

127 - Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA.* 274: 700-5, 1995.

128 - Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson L, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *AHRQ Publication.* 07-E006; 2007.

129 - Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the Effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA.* 268(9): 111-7; 1992.

130 - Schimied-Kowarzik, W. *Pedagogia Dialética.* São Paulo: Ed. Brasiliense; 1983.

131 - Feyerabend, P. *Contra o método.* Tradução: Octanny da Mota e Leonidas Hegenberg. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.

132 - A epistemologia anarquista de Paul Feyerabend. PUC-Rio - Certificação Digital N° 0210601/CA. Acessado no dia 19/02/2014 através do endereço: www2.ufpa.br/ensinofts/artigo3/paulfeyerabend.pdf

133 - Beillerot J. *A sociedade pedagógica.* Porto: Rés, 1995.

134 - Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG. Medical students spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBRAME. *BMC Med. Educ.* 13(62): 1-8; 2013.

135 - Banin LC, Suzart NB, Banin, VB, Mariotti LL, Guimarães FG, Lucchetti G. Spirituality, do teachers and students hold the same opinion? *Clin. Teach.* 10: 3-8; 2013.

11. APÊNDICES

11.1. APÊNDICE A - TCLE.

Convidamos você a participar da pesquisa: **“MATRIZ CURRICULAR, COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À FORMAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DE DIFERENTES CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DO CURRÍCULO E ESTUDANTES DE UMA ESCOLA MÉDICA DO NORDESTE BRASILEIRO.”**

A literatura descreve a importância da construção coletiva do currículo médico, porém existem poucas publicações referentes à importância que docentes e estudantes atribuem às competências necessárias à formação profissional e aos conteúdos que compõem a matriz curricular oferecida pelas instituições de ensino. Portanto gostaríamos de contar com a sua participação na pesquisa no intuito de contribuir para o desenvolvimento da educação na área de saúde.

(De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa)

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado sobre as finalidades da pesquisa: **“MATRIZ CURRICULAR, COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À FORMAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DE DIFERENTES CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DO CURRÍCULO E ESTUDANTES DE UMA ESCOLA MÉDICA DO NORDESTE BRASILEIRO.”** desenvolvida por **Francisco Candido Monteiro Cajueiro**, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (81) 9606-0467 ou e-mail: emaildefrancisco@gmail.com e que estou perfeitamente ciente de que:

1. Objetivo principal deste estudo é analisar a importância que docentes que compõem o Núcleo Docente Estruturante (NDE) e estudantes do 6º ano do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) atribuem às competências que são importantes à formação médica, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso

de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de novembro de 2001), os conteúdos propostos no currículo da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) conforme o seu Projeto Político-Pedagógico e cenários extra-acadêmicos onde essas competências necessárias à formação poderiam ser adquiridas.

2. Minha colaboração se fará de forma sigilosa e confidencial, por meio do preenchimento de um questionário contendo perguntas fechadas e abertas sobre a importância das competências necessárias ao profissional médico, dos conteúdos que compõem o currículo, sobre o conhecimento do Projeto Político-Pedagógico da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), além de questões específicas relacionadas à assistência e docência dos componentes do Núcleo Docente Estruturante e às aspirações profissionais e contextualização dos estudantes do 6º da graduação em medicina.

3. Fui também esclarecido(a) que a pesquisa não oferece riscos e que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

4. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelos pesquisadores e/ou seus orientadores.

5. Responder a esta pesquisa não acarretará qualquer tipo de despesas/custo financeiro para mim.

6. Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos no âmbito individual ou coletivo.

7. Assino este documento em duas vias e uma ficará comigo.

8. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Auxiliar de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP: (81)21224756

Pesquisador Responsável: Francisco Candido Monteiro Cajueiro

Telefone: (81) 96060467 ou (81)32419680

Orientador: Gilliatt Hanois Falbo Neto

Telefone: (81) 21225684

11. APÊNDICES

11.2. APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO AOS ESTUDANTES DO 6º ANO DA FPS

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Francisco Candido Monteiro Cajueiro

Pesquisa: “MATRIZ CURRICULAR, COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À FORMAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DE DIFERENTES CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GESTORES E ESTUDANTES DE UMA ESCOLA MÉDICA DO NORDESTE BRASILEIRO.”

QUESTIONÁRIO AOS ESTUDANTES

Nº:	DATA:	PESQUISADOR AUXILIAR:
-----	-------	-----------------------

BLOCO 1 – AVALIAÇÃO DOS MÓDULOS QUE INTEGRAM O CURRÍCULO MÉDICO DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE.

1. Aplique uma nota de 0 a 10 de acordo com a importância que você atribui aos módulos que integram o currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde para a sua formação profissional.	
^a EPIDEMIOLOGIA GERAL	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^b ANATOMIA SISTÊMICA APLICADA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^c SEMILOGIA MÉDICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^d INTRODUÇÃO À FILOSOFIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^e HISTOLOGIA MÉDICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^f FARMACOLOGIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^g CONCEPÇÃO, NASCIMENTO E CRESCIMENTO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^h BASES FILOSÓFICAS DA ÉTICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ⁱ RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE – PSICOLOGIA MÉDICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^j SAÚDE BUCAL, OCULAR E AUDITIVA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^k SISTEMA DIGESTIVO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^l BIOÉTICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
^m SAÚDE DA MULHER	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

n SISTEMA NEUROLÓGICO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
o SISTEMA CARDIO-RESPIRATÓRIO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
p DEONTOLOGIA MÉDICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
q SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
r SAÚDE MENTAL, DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E COMPORTAMENTAIS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
s NUTRIÇÃO E METABOLISMO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
t TEOLOGIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
u SAÚDE DO HOMEM E SAÚDE URBANA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
v MECANISMOS DE DEFESA E AUTO-IMUNIDADE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
x SISTEMA URINÁRIO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
w DESIGUALDADE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
y ENVELHECIMENTO E MORTE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
z TEORIA E TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AB DISTÚRBIOS DA PELE E DO SISTEMA LOCOMOTOR	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AC FILOSOFIA DA CIÊNCIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AD SISTEMA HEMATOPOÉTICO E CÂNCER	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AE DOR E IATROGENIAS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AF TRAUMA E EMERGÊNCIAS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AG INTEGRAÇÕES: CULTURA, ESPORTES, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E HUMANIZAÇÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AH METODOLOGIA CIENTÍFICA E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
AI PRÁTICA COMUNITÁRIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Aplique uma nota de 0 a 10 de acordo com a importância que você atribui aos laboratórios específicos que integram o currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde para a sua formação profissional.

A LABORATÓRIO DE COMUNICAÇÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
B LABORATÓRIO DE ANATOMIA DISSECÇÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
C LABORATÓRIO DE ANATOMIA EM MODELOS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
D LABORATÓRIO DE SEMIOLOGIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
E LABORATÓRIO DE RADIOLOGIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
F LABORATÓRIO DE HABILIDADES E PROCEDIMENTOS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Aplique uma nota de 0 a 10 de acordo com a importância que você atribui às atividades complementares que integram o currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde para a sua formação profissional.

A INICIAÇÃO CIENTÍFICA (PIBIC/TCC)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
B ATIVIDADES DE EXTENSÃO (Exemplo: Palhaçoterapia, libras, inglês médico, congressos acadêmicos, trabalho voluntário, etc..)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Qual(ais) módulos não estão contemplados no currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde que você incluiria, visando atingir uma melhor formação profissional?

BLOCO 2 – AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DE COMPETÊNCIAS AO PROFISSIONAL MÉDICO

5. Avalie a importância das seguintes competências ao perfil do profissional médico:	Legenda: 1: Discordo totalmente 2: Discordo parcialmente 3: Neutro 4: Concordo parcialmente 5: Concordo totalmente
A CONHECIMENTO CLÍNICO E CIENTÍFICO	1 2 3 4 5
B ATUAÇÃO NO CENÁRIO SUS	1 2 3 4 5
C GERENCIAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO	1 2 3 4 5
D MÉDICO COMO UM GENERALISTA	1 2 3 4 5
E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	1 2 3 4 5
F HABILIDADES PARA PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	1 2 3 4 5
G RESPONSABILIDADE SOCIAL	1 2 3 4 5
H POSTURA ÉTICA E REFLEXIVA	1 2 3 4 5
I TRABALHO MULTIDISCIPLINAR	1 2 3 4 5
J EDUCAÇÃO PERMANENTE	1 2 3 4 5
K COMUNICAÇÃO/EMPATIA	1 2 3 4 5
L LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÕES	1 2 3 4 5

6. A respeito das competências que você avaliou, gostaríamos de saber: Em sua opinião, quais os principais cenários onde essas competências devem ser adquiridas? Marque com um “x” nos quadrados à direita de cada competência. Você pode marcar mais de um cenário, se necessário.	FACULDADE	NÚCLEO FAMILIAR	RELIGIÃO	VIDA PROFISSIONAL
COMPETÊNCIAS	CENÁRIOS			

CCCC	CONHECIMENTO CLÍNICO E CIENTÍFICO				
CATU	ATUAÇÃO NO CENÁRIO SUS				
CGER	GERENCIAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO				
CGEN	FORMAÇÃO GENERALISTA				
CCON	PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO				
CHAB	HABILIDADES PARA PROCEDIMENTOS TÉCNICOS				
CRES	RESPONSABILIDADE SOCIAL				
CETI	POSTURA ÉTICA E REFLEXIVA				
CMUL	TRABALHO MULTIDISCIPLINAR				
CEDU	EDUCAÇÃO PERMANENTE				
CEMP	COMUNICAÇÃO E EMPATIA				
CLID	LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÕES				

BLOCO 3: CONTEXTO E ASPIRAÇÕES

7. Escolha entre as afirmações à esquerda, as três que melhor traduzem os **principais motivos pelos quais você escolheu o curso médico**. Escrever o número correspondente às afirmações na tabela do lado direito.

- (1) Convivência com profissionais de saúde
- (2) Contribuir para o avanço da ciência
- (3) Oportunidade de emprego
- (4) Influência de amigos e familiares
- (5) Me tornar um profissional de sucesso

Assinalar aqui:

Motivo ()
Motivo ()
Motivo ()

- (6) Boas expectativas salariais
- (7) Aptidão vocacional
- (8) Importância social da profissão
- (9) Desejo de cuidar das pessoas

8. Possível área de interesse/especialidade ao final da graduação médica (**assinale apenas uma resposta**):

- (1) Áreas Básicas (Clínica Médica, Gineco-Obstetrícia, Cirurgia Geral, Pediatria, Saúde da Família)
- (2) Especialidades e Sub-especialidades
- (3) Saúde Pública

9. Assinale a alternativa que melhor expressa no momento o seu **grau de motivação** com a sua futura profissão:

Muito desmotivado: **1** Algo desmotivado: **2** Neutro: **3** Algo motivado: **4** Muito motivado: **5**

10.No ápice da sua vida profissional, quanto você espera que seja sua renda mensal?
(média em reais):

R\$ _____,00.

BLOCO 4: SÓCIO-DEMOGRÁFICO

11.Idade (anos completos):

__ __ anos.

12.Sexo:

(0) Masculino (1) Feminino

13.Cor:

(0) Branco(a) (1) Preto(a) (2) Amarelo(a) (3) Pardo(a) (4) Indígena

14.Naturalidade:

Município - _____ UF - _____

15.Estado Civil:

(0) Solteiro (a) (1) Casado(a) (2) Viúvo(a) (3) Divorciado (a)

16.Tem filho(s)?

(0) Não (1) Sim

17.Possui algum parente de primeiro grau médico?

(0) Não (1) Sim

18.Renda familiar mensal (salários mínimos):

(0) Até 1 salário. (3) > 3 até 5
(1) > 1 até 2 (4) >5 até 10
(2) > 2 até 3 (5) >10 até 20 (6) > 20 salários mínimos.

19.Escolaridade do Pai:

(0) Sem Instrução (1) Até o ensino médio incompleto
(2) Até o ensino médio completo (3) Até o ensino fundamental incompleto
(4) Até o ensino fundamental completo (5) Até o ensino superior incompleto
(6) Ensino superior completo (7) Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado

20.Escolaridade da Mãe:

(0) Sem Instrução (1) Até o ensino médio incompleto
(2) Até o ensino médio completo (3) Até o ensino fundamental incompleto
(4) Até o ensino fundamental completo (5) Até o ensino superior incompleto
(6) Ensino superior completo (7) Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado

Agradecemos a participação!

11. APÊNDICES

11.3. APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO AOS DOCENTES-NDE DA FPS

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Francisco Candido Monteiro Cajueiro

Pesquisa: “MATRIZ CURRICULAR, COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À FORMAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DE DIFERENTES CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GESTORES E ESTUDANTES DE UMA ESCOLA MÉDICA DO NORDESTE BRASILEIRO.”

QUESTIONÁRIO AOS DOCENTES-NDE

Nº:	DATA:	PESQUISADOR AUXILIAR:
-----	-------	-----------------------

BLOCO 1 – AVALIAÇÃO DOS MÓDULOS QUE INTEGRAM O CURRÍCULO MÉDICO DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE.

1. Aplique uma nota de 0 a 10 de acordo com a importância que você atribui aos módulos que integram o currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde para a formação profissional.		
MEPD	EPIDEMIOLOGIA GERAL	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MANT	ANATOMIA SISTÊMICA APLICADA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MSEM	SEMILOGIA MÉDICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MFIL	INTRODUÇÃO À FILOSOFIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MHIS	HISTOLOGIA MÉDICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MFAR	FARMACOLOGIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MNAS	CONCEPÇÃO, NASCIMENTO E CRESCIMENTO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
METC	BASES FILOSÓFICAS DA ÉTICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MREL	RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE – PSICOLOGIA MÉDICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MOCU	SAÚDE BUCAL, OCULAR E AUDITIVA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MDIG	SISTEMA DIGESTIVO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MBIO	BIOÉTICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MMUL	SAÚDE DA MULHER	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MNEU	SISTEMA NEUROLÓGICO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MCAR	SISTEMA CARDIO-RESPIRATÓRIO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MDEO	DEONTOLOGIA MÉDICA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MCRI	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MPSQ	SAÚDE MENTAL, DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E COMPORTAMENTAIS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MNUT	NUTRIÇÃO E METABOLISMO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MTEO	TEOLOGIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MHOM	SAÚDE DO HOMEM E SAÚDE URBANA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MIMU	MECANISMOS DE DEFESA E AUTO-IMUNIDADE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MURI	SISTEMA URINÁRIO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MDSG	DESIGUALDADE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MENV	ENVELHECIMENTO E MORTE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MTER	TEORIA E TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MPER	DISTÚRBIOS DA PELE E DO SISTEMA LOCOMOTOR	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MCIE	FILOSOFIA DA CIÊNCIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MHEM	SISTEMA HEMATOPOÉTICO E CÂNCER	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MDOR	DOR E IATROGENIAS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MTRA	TRAUMA E EMERGÊNCIAS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MINT	INTEGRAÇÕES: CULTURA, ESPORTES, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E HUMANIZAÇÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MMET	METODOLOGIA CIENTÍFICA E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MPSF	PRÁTICA COMUNITÁRIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Aplique uma nota de 0 a 10 de acordo com a importância que você atribui aos laboratórios específicos que integram o currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde para a formação profissional.

COMN	LABORATÓRIO DE COMUNICAÇÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
LDIS	LABORATÓRIO DE ANATOMIA DISSECÇÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
LMOD	LABORATÓRIO DE ANATOMIA EM MODELOS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
LSEM	LABORATÓRIO DE SEMIOLOGIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
LRAD	LABORATÓRIO DE RADIOLOGIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
LPRO	LABORATÓRIO DE HABILIDADES E PROCEDIMENTOS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Aplique uma nota de 0 a 10 de acordo com a importância que você atribui às atividades complementares que integram o currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde para a formação profissional.

CTCC	INICIAÇÃO CIENTÍFICA (PIBIC/TCC)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
CEXT	ATIVIDADES DE EXTENSÃO (Exemplo: Palhaçoterapia, libras, inglês médico, congressos acadêmicos, trabalho voluntário, etc..)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Qual(ais) módulos não estão contemplados no currículo médico da Faculdade Pernambucana de Saúde que você incluiria, visando atingir uma melhor formação profissional?

BLOCO 2 – AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DE COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL MÉDICO

5. Avalie a importância das seguintes competências ao perfil do profissional médico:	Legenda:
	1: Discordo totalmente 2: Discordo parcialmente 3: Neutro 4: Concordo parcialmente 5: Concordo totalmente
A CONHECIMENTO CLÍNICO E CIENTÍFICO	1 2 3 4 5
B ATUAÇÃO NO CENÁRIO SUS	1 2 3 4 5
C GERENCIAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO	1 2 3 4 5
D MÉDICO COMO UM GENERALISTA	1 2 3 4 5
E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	1 2 3 4 5
F HABILIDADES PARA PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	1 2 3 4 5
G RESPONSABILIDADE SOCIAL	1 2 3 4 5
H POSTURA ÉTICA E REFLEXIVA	1 2 3 4 5
I TRABALHO MULTIDISCIPLINAR	1 2 3 4 5
J EDUCAÇÃO PERMANENTE	1 2 3 4 5
K COMUNICAÇÃO/EMPATIA	1 2 3 4 5
L LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÕES	1 2 3 4 5

6. A respeito das competências que você avaliou, gostaríamos de saber: Em sua opinião, quais os principais cenários onde essas competências devem ser adquiridas? Marque com um "x" nos quadrados à direita de cada competência. Você pode marcar mais de um cenário, se necessário.		FACULDADE	NÚCLEO FAMILIAR	RELIGIÃO	VIDA PROFISSIONAL
COMPETÊNCIAS	CENÁRIOS				
CCCC	CONHECIMENTO CLÍNICO E CIENTÍFICO				
CATU	ATUAÇÃO NO CENÁRIO SUS				
CGER	GERENCIAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO				
CGEN	FORMAÇÃO GENERALISTA				
CCON	PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO				
CHAB	HABILIDADES PARA PROCEDIMENTOS TÉCNICOS				
CRES	RESPONSABILIDADE SOCIAL				
CETI	POSTURA ÉTICA E REFLEXIVA				
CMUL	TRABALHO MULTIDISCIPLINAR				
CEDU	EDUCAÇÃO PERMANENTE				
CEMP	COMUNICAÇÃO E EMPATIA				
CLID	LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÕES				

BLOCO 3: ASSISTÊNCIA E DOCÊNCIA

7. Ano da graduação em medicina:

— — — —

8. Área de atuação assistencial (**assinale apenas uma resposta**):

(1) Áreas Básicas (Clínica Médica, Gineco-Obstetrícia, Cirurgia Geral, Pediatria, Saúde da Família)

(2) Especialidades e Sub-especialidades

(3) Saúde Pública

9. Assinale a alternativa que expressa no momento o seu **grau de motivação** com a sua **carreira assistencial**:

Muito desmotivado: ① Algo desmotivado: ② Neutro: ③ Algo motivado: ④ Muito motivado: ⑤

10. Há quanto tempo está envolvido em atividades de ensino? (aprox. em anos)

__ __ anos.

11. Assinale o principal cenário em que você adquiriu suas competências pedagógicas para tornar-se docente.

- (0) Graduação médica (1) Doutorado
(2) Pós-graduação /Residência Médica (3) Curso de capacitação de docentes
(4) Mestrado (5) Não tenho preparo formal

12. Assinale a alternativa que melhor expressa no momento o seu **grau de motivação** com a sua **carreira docente**:

- Muito desmotivado: 1 Algo desmotivado: 2 Neutro: 3 Algo motivado: 4 Muito motivado: 5

13. Se sente sobrecarregado com o acúmulo de funções (assistência x docência)?

- (0) Não (1) Sim

BLOCO 4: SÓCIO-DEMOGRÁFICO

14. Idade (anos completos):

__ __ anos.

15. Sexo:

- (0) Masculino (1) Feminino

16. Cor:

- (0) Branco(a) (1) Preto(a) (2) Amarelo(a) (3) Pardo(a) (4) Indígena

17. Naturalidade:

Município - _____ UF - _____

18. Estado Civil:

- (0) Solteiro (a) (1) Casado(a) (2) Viúvo(a) (3) Divorciado (a)

19. Tem filho(s)?

- (0) Não (1) Sim

20. Possui algum parente de primeiro grau médico?

- (0) Não (1) Sim

21. Renda familiar mensal (salários mínimos):

- (0) Até 1 salário. (3) > 3 até 5
(1) > 1 até 2 (4) > 5 até 10
(2) > 2 até 3 (5) > 10 até 20 (6) > 20 salários mínimos.

22. Escolaridade do Pai:

- (0) Sem Instrução (1) Até o ensino médio incompleto
(2) Até o ensino médio completo (3) Até o ensino fundamental incompleto
(4) Até o ensino fundamental completo (5) Até o ensino superior incompleto
(6) Ensino superior completo (7) Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado

23. Escolaridade da Mãe:

- | | |
|--|--|
| (0) <input type="checkbox"/> Sem Instrução | (1) <input type="checkbox"/> Até o ensino médio incompleto |
| (2) <input type="checkbox"/> Até o ensino médio completo | (3) <input type="checkbox"/> Até o ensino fundamental incompleto |
| (4) <input type="checkbox"/> Até o ensino fundamental completo | (5) <input type="checkbox"/> Até o ensino superior incompleto |
| (6) <input type="checkbox"/> Ensino superior completo | (7) <input type="checkbox"/> Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado |

Agradecemos a participação!

11. APÊNDICES

11.4. APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL
EDUCAÇÃO EM SAÚDE

VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DOS QUESTIONÁRIOS DE PESQUISA

“MATRIZ CURRICULAR, COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À FORMAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DE DIFERENTES CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GESTORES E ESTUDANTES DE UMA ESCOLA MÉDICA DO NORDESTE BRASILEIRO.”

Identificação: Graduando 5º ano Graduando 6º ano
 Pediatra Cirurgião Gineco-Obstetra Clínico Mestrando em Educação

Julgue os seguintes itens referentes ao questionário que você acaba de analisar.

Tempo para realização:	<input type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Inadequado
Compreensão do texto:	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Inadequada
Diagramação :	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Inadequada
Clareza das perguntas:	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Inadequada

Sugestões e críticas:

Obrigado!

11. APÊNDICES

11.5. APÊNDICE E - ARTIGO PARA SUBMISSÃO - 1

ARTIGO:

Competências necessárias à formação médica e a matriz curricular - percepção de gestores do currículo e estudantes de uma escola médica do nordeste brasileiro.

Autores: Francisco Candido Monteiro Cajueiro¹, Gilliat Hanois Falbo Neto², Claudia Diniz Lopes Marques³, David Gomide Pinto⁴.

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista, Recife - PE. CEP: 50070-550. Phone: 0 0xx (81)2122-5684. emaildefrancisco@gmail.com

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista, Recife - PE. CEP: 50070-550. Phone: 0 0xx (81)2122-5684. falbo@imip.org.br

³ Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Av Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária - Recife - PE. CEP: 50670-901. Phone: 0 0xx(81) 21268000. claudia.reumatologia@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Hospital Escola: Rua Professor Araújo, 538 - Pelotas, RS - Brasil. CEP: 96020-360. Phone: 0 0xx (81)53 3284 4900. dgomidemed@gmail.com

RESUMO

Cenário: No Brasil, a criação de um sistema de saúde contra-hegemônico no final do século XX, o Sistema Único de Saúde – pautado em princípios éticos e humanísticos – emergiu a necessidade social da formação de um novo profissional médico. O desafio dos gestores da educação é expressar o perfil proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais/2001 (DCN/2001) para formar médicos aptos a atuar no SUS, utilizando os conhecimentos pedagógicos em educação médica para traduzir no currículo uma proposta transformadora para esta realidade.

Objetivo: Avaliar a percepção de gestores do currículo e estudantes de medicina a respeito da importância dos módulos que compõem a matriz curricular e das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, de corte transversal e metodologia quantitativa. A população do estudo foi composta por 129 estudantes cursando o 6º ano do curso médico da Faculdade Pernambucana de Saúde e onze docentes que integram o Núcleo Docente Estruturante (NDE). A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012.

Resultados: Em relação à importância das competências necessárias à formação médica, em todos os quesitos estudantes (variação de Ranking Médio de 3,81 a 4,82) e docentes - NDE (variação de Ranking Médio de 4,40 a 5,00) opinaram de forma convergente. "Conhecimento clínico e científico" (RM 4,82), "Postura ética e reflexiva" (RM 4,71), "Educação permanente (RM 4,64), "Comunicação e empatia" (RM 4,63) e "Formação generalista" (RM 4,59) foram as competências mais conceituadas entre os estudantes.

Ao avaliar a matriz curricular, diferente das avaliações dos docentes que integram o NDE, os estudantes atribuíram, com significância estatística, menor importância à formação médica aos módulos dos eixos doutrinários "Atitudes e Relações Humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade", respectivamente: Bioética (7,05 DP 2,53, $p=0,012$), Metodologia científica e Pedagogia (6,85 DP 2,44, $p=0,001$), Deontologia médica (6,72 DP 2,37, $p=0,009$), Bases filosóficas da ética (6,72 DP 2,39, $p=0,001$), Estudo da desigualdade (6,19 DP 2,40, $p<0,001$), Teologia (5,74 DP 2,89, $p=0,002$), Introdução a Filosofia (5,64 DP 2,80, $p=0,001$), Integrações e práticas de humanização (5,27 DP 2,97,

$p < 0,001$), Filosofia da ciência (5,23 DP 2,55, $p < 0,001$) e Psicoterapia (5,18 DP 2,72, $p = 0,002$).

Conclusão: Gestores do currículo e estudantes concordam com a importância das competências propostas pelas DCN/2001 para a formação médica, porém ao avaliar a matriz curricular, os estudantes atribuem menor importância aos módulos dos eixos doutrinários: "Atitudes e Relações humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade" para a formação profissional. Os estudantes demonstram assim, resistência às mudanças do paradigma curricular.

Palavras-chave: Educação Médica, Currículo, Escolas Médicas, Competências Profissionais, Estudantes de Medicina, Docentes de Medicina, Conduta na Prática dos Médicos.

ABSTRACT

Background: In Brazil, the creation of a health counter-hegemonic system in the late twentieth century, the Sistema Único de Saúde (SUS) - guided by ethical and humanistic principles - emerged the social need of the formation of a new medical professional. The challenge of education managers is to express the profile proposed by the National Curriculum Guidelines/2001 (NCG/2001) to train doctors able to work in the SUS, using the advances in medical education to translate to curriculum a transforming proposal to this reality.

Objective: Evaluate the perception of the curriculum managers and medical students about the importance of the modules that make up the curriculum and skills recommended by NCG/2001 for medical training.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional and quantitative methodology. The study population consisted of 129 students attending the 6th year of medical course of Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), in Brazilian northeast, and eleven teachers that compose the Structuring Teacher Group (STG). Data collection took place between August and November 2012.

Results: Regarding the importance of skills needed in medical education, students (Average Ranking variation from 3.81 to 4.82) and teachers - STG (Average Ranking variation from 4.40 to 5.00) opined in a convergent way. "Clinical and scientific knowledge" (AR 4.82), "Ethical and Reflective posture" (AR 4.71), "Continuing Education (AR 4.64)," Communication and empathy "(AR 4.63) and" Generalist Formation"(AR 4.59) were the best evaluated skills among students.

Assessing the curriculum students attributed with statistical significance, minor relevance to medical education modules from the doctrinal axes "Attitudes and Human Relations" and "Ethics of Life and Freedom" respectively: Bioethics (7.05 SD 2.53, $p = 0.012$), Scientific methodology and Pedagogy (6.85 SD 2.44, $p = 0.001$), Deontology (6.72 SD 2.37, $p = 0.009$), Philosophical ethics bases (6.72 SD 2.39, $p = 0.001$), Social difference study (6.19 SD 2.40, $p < 0.001$), Theology (5.74 SD 2.89, $p = 0.002$), Introduction to Philosophy (5.64 SD 2.80, $p = 0.001$), Integrations and humanization

practices (5.27 SD = 2.97, $p < 0.001$), Philosophy of science (5.23 SD 2.55, $p < 0.001$) and Psychotherapy (SD 5.18 2.72, $p = 0.002$).

Conclusions: Curriculum managers and students agree on the importance of skills offered by NCG/2001 for medical formation, but when evaluating the curriculum, students attach less importance to the modules of the doctrinal axes: "Attitudes and human relations" and "Ethics of life and Liberty" to medical training. Thus, students demonstrate resistance to changes in the curriculum paradigm.

Key-Words: Medical Education, Curriculum, Medical Schools, Professional Skills, Medical Students, Faculty, Medical, Management of Medical Practice.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história podemos perceber claras intersecções entre os rumos da economia brasileira, das políticas públicas em saúde e da mobilização social nos caminhos da educação médica. Andrade¹ considera que o marco teórico da educação médica encontra-se no centro de uma intrincada rede de relações e resulta da interação entre os diversos elementos que dela participam, dentre os quais se destacam, por sua importância: a estrutura social, econômica e da prática médica em cada país; o currículo; as relações internas do processo de produção de médicos, a ideologia dominante no âmbito profissional e a estrutura de poder internacional.

O processo de redemocratização brasileira promoveu avanços ao garantir o direito constitucional à saúde através da Constituição Federal de 1988, criando um modelo assistencial alternativo, o Sistema Único de Saúde (SUS)². Fruto da mobilização dos profissionais de saúde e da sociedade civil organizada, amadurecido nos debates do Movimento Sanitário³ e projetado na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴, o SUS nasce pautado em princípios doutrinários que compreendem o ser humano de forma holística, igualitária, respeitando sua complexidade, reconhecendo o seu papel na comunidade, garantindo o acesso universal e a integralidade da assistência⁵. O governo brasileiro ao posicionar-se em prol dessa nova visão rompia com o paradigma mecanicista da medicina ocidental - um modelo assistencial privatista que refletia a medicina americana do início do século XX: curativa, unicausal, especializada e hospitalocêntrica; deficiente em contextualizar os problemas modernos da saúde humana e incompatível com o ideal democrático de oferta de serviços médicos⁶.

Diante da concepção de uma nova realidade, emerge a necessidade de reconstruir a prática médica brasileira sob os alicerces da Epidemiologia Social, incorporando o modelo multicausal de saúde-doença e o entendimento do indivíduo como ser bio-psico-social⁷. Torna-se imprescindível adotar medidas voltadas à otimizar a formação e capacitação profissional através da viabilização de mudanças na graduação que atendessem os interesses apontados por um novo modelo de atenção a saúde⁸.

Em 1991, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e entidades representativas ligadas á comunidade acadêmica instituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), com a finalidade de avaliar a educação medica, fomentar o desenvolvimento do SUS e propor novas metodologias e instrumentos necessários á essa transformação. Após um longo processo de diagnóstico, reflexão e construção coletiva, a publicação de um relatório final no ano 2000 propôs a transformação da escola médica sustentada em novos paradigmas capazes de viabilizar a formação do médico em adequação às novas demandas brasileiras⁹.

Corroborando essa perspectiva e atribuindo-se à estrutura curricular um papel decisivo no processo de educação médica, o Conselho Nacional de Educação (CNE) institui em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN/2001)¹⁰, tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador. Oriunda da mobilização dos educadores em saúde, dos avanços na pedagogia médica e centrada no princípio da integralidade, a DCN/2001 é reflexo das tendências internacionais que propunham inovações na formação profissional. A substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares representa um grande avanço, pelo fato de que a sua implementação requer uma base social ampla, o que fortalece o papel da ação acadêmica neste contexto.

Dessa forma, após a definição de uma política pública de saúde contra-hegemônica no final da década de 80, a insatisfação da sociedade civil com a prática médica e os debates internacionais que culminariam com a evolução dos conceitos da educação médica, as escolas deveriam ter por objetivo o desafio de instituir uma educação superior coerente com as competências determinadas pelas DCN/2001, no intuito de gerar um profissional capacitado a ser um agente transformador da cidadania. Entende-se que a utilização de novos cenários de prática, a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer e a incorporação de tecnologias relacionais na formação médica possibilitaram uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença¹¹.

É fundamental que pilares filosóficos sólidos sejam integrados à missão institucional das escolas médicas e que sejam traduzidos ao estudante sob a forma de um

projeto político-pedagógico inovador, ofertando aos mesmos um currículo moderno, ancorado nas competências necessárias à formação médica, e utilizando metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento¹². A moderna gestão de currículos aponta que os docentes e os estudantes podem contribuir de forma singular no reordenamento do processo educativo^{13, 14}. O planejamento coletivo está intimamente ligado ao sucesso institucional em todas as etapas do re-desenho curricular e todos os colaboradores devem estar cientes da missão institucional.¹⁵

Cutolo e Delizoicov¹⁶ afirmam que em muitas escolas os conteúdos são desconectados da realidade de saúde da população e argumentam: “Os conteúdos aplicados nas escolas médicas são abundantes, muitas vezes repetitivos e seguem critérios de relevância adotados pelos especialistas do Conselho Nacional de Educação. Talvez um “enxugamento” dos conteúdos deve ser realizado, associado a um redirecionamento e priorização quanto ao que deve ser ensinado.”

A Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) é uma instituição de ensino superior localizada no nordeste do Brasil. Essa instituição, criada em 2005, conta com o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como hospital de ensino e é a pioneira na utilização do método da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no estado de Pernambuco. O currículo do Curso de Graduação em Medicina da FPS foi planejado no sentido de promover uma formação profissional generalista, sob uma proposta de interdisciplinaridade e ação multiprofissional, baseando-se em cinco pilares doutrinários: Introdução ao Estudo da Medicina, Ética da vida e da liberdade, evolução humana, atitudes e relações humanas e desequilíbrios do processo saúde/ambiente.¹⁷ A FPS possui o Núcleo Docente Estruturante (NDE) que planeja, acompanha e executa a gestão do currículo através de reuniões semanais e avaliações semestrais com todos os docentes da instituição, contando ainda com a presença de representações estudantis.

Este trabalho tem por objetivo avaliar a percepção de gestores do currículo e estudantes do 6º ano da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica e da importância dos módulos que compõem a matriz curricular.

MÉTODO

Estudo observacional, descritivo, de corte transversal, de metodologia quantitativa, realizado na Faculdade Pernambucana de Saúde, localizada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. A instituição conta com o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, o maior complexo hospitalar de ensino do norte-nordeste brasileiro - como hospital-escola. A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012. A população do estudo foi composta pelos 129 estudantes cursando o 6º ano do Curso de Graduação em Medicina da FPS e onze docentes que integram o Núcleo Docente Estruturante.

Os dados foram obtidos através de questionários concebidos sob fundamentação teórica do Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina - Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de novembro de 2001¹⁸ e pelo Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - Recife/PE do ano de 2011¹⁹. Antes de serem aplicados, os questionários foram submetidos à avaliação semântica e modificados até o modelo final. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa mediante leitura conjunta e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no cenário de grupos tutoriais da FPS e do IMIP. Em concordância com a com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa (nº 3227-12) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP.

O banco de dados foi alimentado por dupla-entrada e a análise estatística realizada através do Software STATA/SE 12.0. Todos os testes foram aplicados com 95% de intervalo de confiança. Para verificar a existência de associação foi utilizado o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas, o Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas, o Teste de Mann-Whitney para comparação entre grupos, o Alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna das respostas e o cálculo do Ranking Médio para avaliar o grau de concordância das Escalas Likert.

RESULTADOS

• CARACTERIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES

Dos 129 estudantes no 6º ano do curso médico do em 2012, 114 (88,3%) aceitaram participar da pesquisa. Na amostra discente, a média de idade foi de 25,33 DP 1,87 anos, 95 (86,4%) são naturais de Pernambuco e houve predomínio de indivíduos do sexo feminino (58,8% - 67). Do total de estudantes, 79 (69,9%) declararam-se brancos; 110 (96,5%) solteiros e 102 (89,4%) possuem renda familiar superior a dez salários mínimos. Setenta e dois (63,2%) têm parentes de primeiro grau médicos; 39,8% dos pais e 40,4% das mães dos estudantes são pós-graduados, mestres ou doutores. Questionados os principais motivos pelos quais escolheram o curso médico (Tabela 1), o "Desejo de cuidar das pessoas" (81 - 72,3%), "Aptidão vocacional" (80 - 71,4%), "Importância social da profissão" e "Oportunidades de emprego", ambos citados 35 (31,2%) vezes foram as respostas mais frequentes entre os estudantes. Ao final do curso 63,3% (71) desejam atuar em especialidades ou sub-especialidades e 70,6% (75) almejam renda maior ou igual a 20.000 reais (Tabela 2).

Tabela 1 - Principais motivos pela escolha do curso médico pelos estudantes ao final do curso de medicina da FPS no ano de 2012.

Motivos pela escolha do curso médico	Estudantes (n = 112)	
	N	%
Desejo de cuidar das pessoas	81	72,3%
Aptidão vocacional	80	71,4%
Importância social da profissão	35	31,2%
Oportunidades de emprego	35	31,2%
Boas expectativas salariais	31	27,6%
Influência de amigos e familiares	22	19,6%
Me tornar um profissional de sucesso	21	18,7%
Convivência com profissionais de saúde	16	14,2%

Contribuir para a ciência	8	7,1%
---------------------------	---	------

Tabela 2 - Perspectivas profissionais de estudantes ao final do curso de graduação em medicina da FPS no ano de 2012.

Área de interesse ao final da graduação	Estudantes (n = 112)	
	N	%
Áreas básicas	39	34,8%
Especialidades e sub-especialidades	71	63,3%
Saúde pública	2	1,78%

Renda pretendida no ápice da vida profissional (em mil reais)	Estudantes (n = 106)	
	N	%
Menor que 10.000 reais	5	4,7
10.000 até 19.999 reais	26	24,5
20.000 até 29.999 reais	36	33,9
30.000 até 39.999 reais	21	19,8
A partir de 40.000 reais	18	16,9

Dos onze docentes que integram o NDE da FPS, 10 (90,9%) participaram da pesquisa. Os docentes - NDE entrevistados possuem idade média de 50,00 DP 5,46 anos e desses, 7 (70,0%) são naturais de Pernambuco; 8 (80,0%) declararam-se brancos; 7 (70,0%) casados e a maioria possui renda familiar superior a 20 salários mínimos (60%). Os docentes - NDE possuem tempo médio de graduação de 26,30 DP 5,23 anos e 7 (70,0%) atuam em especialidades ou sub-especialidades assistenciais.

• IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS PRECONIZADAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA À FORMAÇÃO MÉDICA

O instrumento que avalia a opinião dos entrevistados quanto a importância das competências necessárias ao perfil do profissional médico e os resultados obtidos estão expressos na Tabela 3. Em todos os quesitos interrogados, estudantes (variação de Ranking Médio de 3,81 a 4,82) e docentes - NDE (variação de Ranking Médio de 4,40 a

5,00) concordaram com a importância dessas características. O Alfa de Cronbach (consistência interna) calculado para o conjunto de respostas dos dois grupos foi de 0,850.

Tabela 3 - Importância das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica, segundo estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012.

Questão:	Ranking Médio (RM*)	
	Grupos	
Avalie a importância das seguintes competências ao perfil do profissional médico:	Estudantes	Docentes - NDE
	(n = 114)	(n = 10)
	RM	RM
Conhecimento clínico e científico.	4,82	4,80
Postura ética e reflexiva.	4,71	5,00
Educação permanente.	4,64	5,00
Comunicação e empatia.	4,63	4,80
Formação generalista.	4,59	4,90
Liderança e tomada de decisões.	4,53	4,80
(Continuação.)	Ranking Médio (RM*)	
Questão:	Grupos	
Avalie a importância das seguintes competências ao perfil do profissional médico:	Estudantes	Docentes - NDE
	(n = 114)	(n = 10)
	RM	RM
Trabalho multidisciplinar.	4,46	4,90

Habilidade para procedimentos técnicos.	4,46	4,50
Responsabilidade social.	4,45	5,00
Atuação no cenário SUS.	4,23	4,90
Produção de conhecimento científico.	4,19	4,50

* $RM \leq 3$ - São discordantes.; $RM > 3$ - São concordantes; =3 - Indiferentes ou ponto neutro.

Entre os estudantes, "Conhecimento clínico e científico" (RM 4,82), "Postura ética e reflexiva" (RM 4,71), "Educação permanente (RM 4,64), "Comunicação e empatia" (RM 4,63) e "Formação generalista" (RM 4,59) foram as competências mais conceituadas.

• IMPORTÂNCIA DOS MÓDULOS, LABORATÓRIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES QUE INTEGRAM O CURRÍCULO MÉDICO DA FPS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ao avaliar a importância dos módulos que integram o currículo do curso médico para a formação profissional (Tabela 4), os estudantes atribuíram as melhores médias aos módulos dos eixos "Introdução ao Estudo da Medicina" (Gráfico 1), "Desequilíbrios do Processo Saúde/Ambiente" (Gráfico 2) e "Evolução Humana" (Gráfico 3), respectivamente: Semiologia (9,41 DP 1,25), Trauma e Emergências (9,40 DP 1,13), Sistema Digestivo (9,22 DP 1,03), Sistema Cardio-respiratório (9,22 DP 1,30), Saúde da Mulher (9,15 DP 1,16), Sistema Genito-urinário (9,12 DP 1,18), Saúde da Criança e do Adolescente (9,04 DP 1,22), Sistema Neurológico (8,97 DP 1,29), Hematologia e Oncologia (8,89 DP 1,42); Imunologia (8,85; DP 1,38) e Anatomia (8,75 DP 1,69).

Diferente das avaliações dos docentes que integram o NDE, os estudantes atribuíram, com significância estatística, menor importância à formação médica aos módulos curriculares dos eixos doutrinários "Atitudes e Relações Humanas" (Gráfico 4) e "Ética da Vida e da Liberdade" (Gráfico 5), respectivamente: Bioética (7,05 DP 2,53, $p=0,012$), Metodologia científica e Pedagogia (6,85 DP 2,44, $p=0,001$), Deontologia médica (6,72 DP 2,37, $p=0,009$), Bases filosóficas da ética (6,72 DP 2,39, $p=0,001$), Estudo da desigualdade (6,19 DP 2,40, $p<0,001$), Teologia (5,74 DP 2,89, $p=0,002$), Introdução a Filosofia (5,64 DP 2,80, $p=0,001$), Integrações e práticas de humanização (5,27 DP 2,97, $p<0,001$), Filosofia da ciência (5,23 DP 2,55, $p<0,001$) e Psicoterapia (5,18 DP 2,72, $p=0,002$). Também obtiveram diferença estatisticamente significativa entre os grupos os módulos de: Envelhecimento e morte ($p=0,001$), Farmacologia ($p=0,035$), Epidemiologia ($p=0,023$), Psicologia Médica ($p=0,025$) e Prática Comunitária ($p<0,001$)

O módulo de Farmacologia foi o único, com significância estatística ($p=0,035$), cuja média das avaliações pelos docentes - NDE (7,20 DP 2,15) foi menor que a dos estudantes (8,52 DP 1,95).

Tabela 4 -- Avaliação de estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012 a respeito da importância dos módulos do currículo pré-internato para a formação profissional.

Módulos	Grupos		p-valor *
	Estudantes	Docentes - NDE	
	Média ± DP	Média ± DP	
Semiologia	9,41 ± 1,25	10,00 ± 0,00	0,068
Trauma e emergências	9,40 ± 1,13	10,00 ± 0,00	0,033
Digestivo	9,22 ± 1,03	9,00 ± 0,94	0,349
Cardio-respiratório	9,22 ± 1,30	9,20 ± 0,92	0,543
Saúde da mulher	9,15 ± 1,16	9,20 ± 0,92	0,877
Genito-urinário	9,12 ± 1,18	8,80 ± 1,14	0,316
Saúde da criança/adolescente	9,04 ± 1,22	9,30 ± 0,95	0,585
Neurológico	8,97 ± 1,29	8,90 ± 0,99	0,620

Hematologia e oncologia	8,89 ± 1,42	8,90 ± 0,88	0,623
Imunologia	8,85 ± 1,38	8,70 ± 1,34	0,639
Anatomia	8,75 ± 1,69	8,40 ± 1,90	0,640
Dor e iatrogenias	8,73 ± 1,57	9,40 ± 0,84	0,201
Concepção, nascimento e crescimento	8,63 ± 1,43	9,40 ± 0,97	0,082
Envelhecimento e morte	8,53 ± 1,65	9,90 ± 0,32	0,001
Farmacologia	8,52 ± 1,95	7,20 ± 2,15	0,035
Pele e osteomuscular	8,35 ± 1,66	8,80 ± 0,79	0,574
Nutrição e metabolismo	8,17 ± 1,68	9,10 ± 0,99	0,080

(Continuação.) Módulos	Grupos		p-valor *
	Estudantes	Docentes - NDE	
	Média ± DP	Média ± DP	
Saúde mental e distúrbios psiquiátricos	8,16 ± 2,03	9,20 ± 1,14	0,091
Saúde do homem e urbana	8,15 ± 1,65	8,80 ± 1,14	0,245
Bucal, ocular e auditivo	8,13 ± 1,66	8,50 ± 1,65	0,469
Epidemiologia	7,85 ± 1,71	9,10 ± 1,20	0,023
Psicologia médica	7,68 ± 2,28	9,20 ± 1,03	0,025
Prática comunitária	7,41 ± 2,26	9,80 ± 0,63	< 0,001
Histologia	7,37 ± 1,94	6,80 ± 1,99	0,189
Bioética	7,05 ± 2,53	8,90 ± 1,73	0,012
Metodologia científica e pedagogia	6,85 ± 2,44	9,20 ± 1,03	0,001
Deontologia médica	6,72 ± 2,37	8,60 ± 1,35	0,009
Ética	6,72 ± 2,39	9,10 ± 1,20	0,001
Estudo da desigualdade	6,19 ± 2,40	8,90 ± 1,10	< 0,001
Teologia	5,74 ± 2,89	8,40 ± 0,97	0,002
Introdução a filosofia	5,64 ± 2,80	8,50 ± 1,27	0,001

Integrações e práticas de humanização	5,27 ± 2,97	8,90 ± 1,20	< 0,001
Filosofia da ciência	5,23 ± 2,55	8,30 ± 1,06	< 0,001
Psicoterapia	5,18 ± 2,72	7,80 ± 1,55	0,002

(*) Teste de Mann-Whitney

Gráfico 1 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes ao final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Introdução ao Estudo da Medicina".

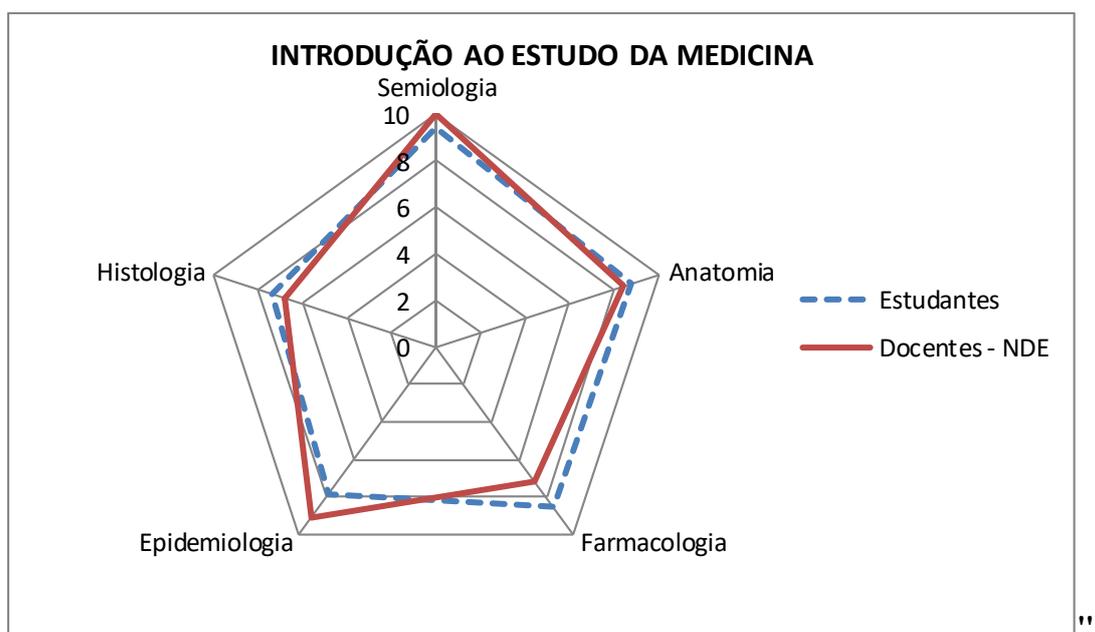


Gráfico 2 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes ao final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Desequilíbrios do Processo Saúde/Ambiente".

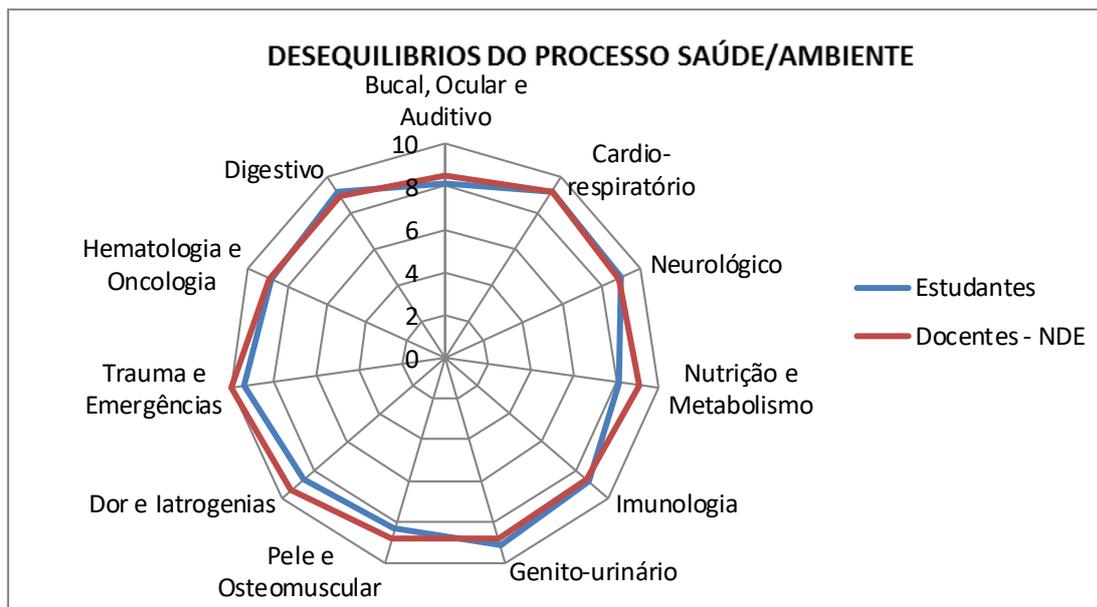


Gráfico 3 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Evolução Humana".

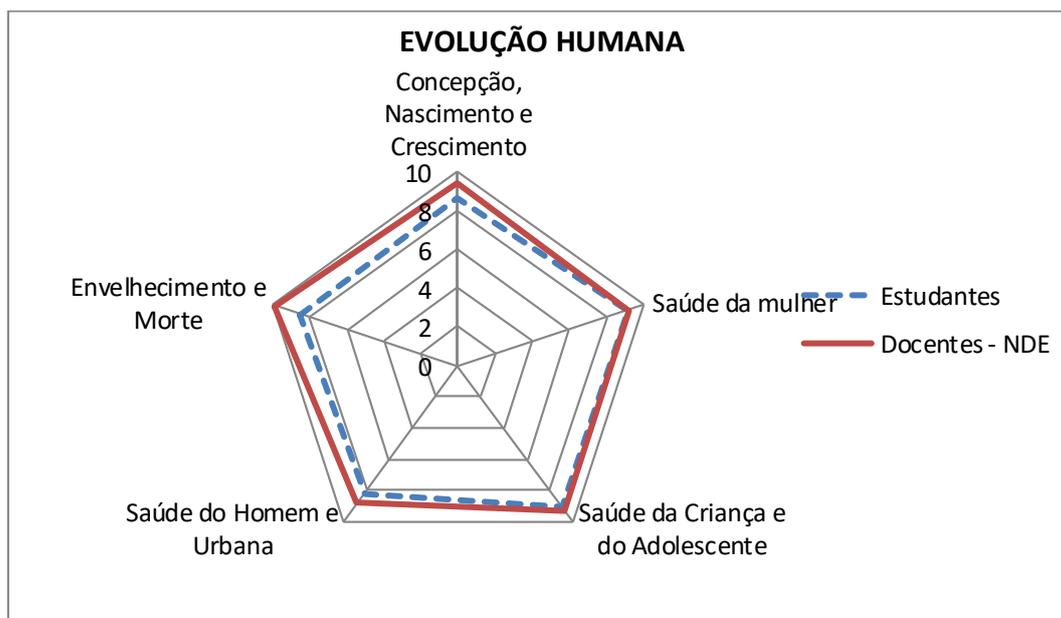


Gráfico 4 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Atitudes e Relações Humanas".

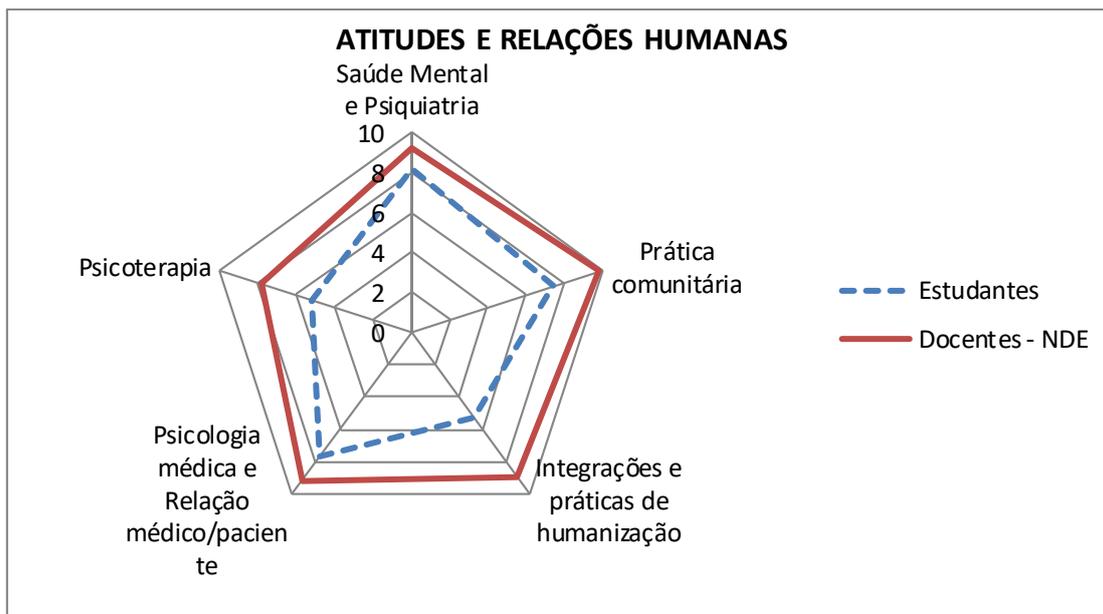
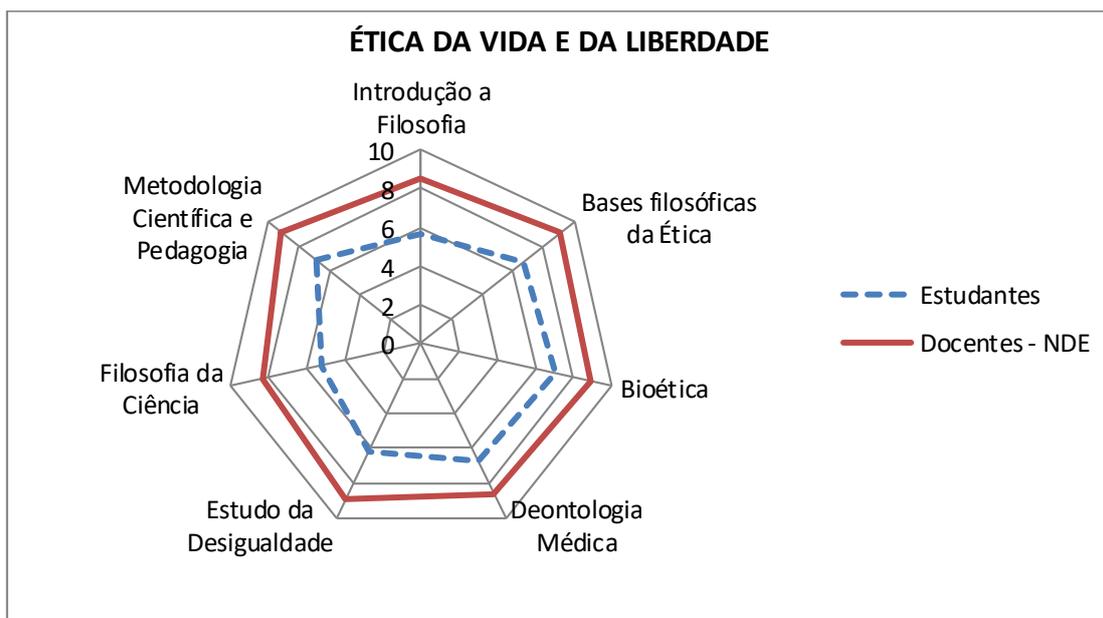


Gráfico 5 - Distribuição das médias das avaliações de estudantes final do curso e gestores do currículo quanto ao grau de importância dos módulos do curso de medicina da FPS para a formação profissional. Eixo doutrinário: "Ética da Vida e da Liberdade".



DISCUSSÃO

- **CARACTERIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES**

Os resultados encontrados no estudo permitem inferir que os estudantes do 6º ano do curso médico da FPS possuem elevado nível sócio-econômico com maior parcela nas classes alta e média-alta, levando em consideração a renda familiar (IBGE 2014) (89,4% possuem renda familiar superior a dez salários mínimos) e a escolaridade dos chefes de família (84% dos pais e 88,5% das mães de alunos possuem pelo menos o ensino superior completo). Houve ainda predomínio de estudantes da cor branca e do sexo feminino, em concordância com a caracterização dos discentes de outras escolas médicas brasileiras^{20,21}.

Quanto à motivação para a escolha do curso de medicina, Arruda e Millan²² classificaram as motivações da escolha profissional em três núcleos distintos: (1) o interesse humanitário: desejo de cuidar, curar, de se dedicar, prazer por contatos; (2) o interesse científico: pela biologia, teoria, ciências experimentais e humanas; e (3) a posição sócio-econômica: interesse pecuniário, posição social, busca de prestígio, desejo de segurança pessoal. Vieira et al²³. enfatiza que o desejo do indivíduo formar-se médico advém da vontade de ajudar as pessoas ou por vocação profissional, constituindo-se o ideal médico no amor ao próximo e no espírito de sacrifício. No presente estudo, os estudantes consideraram o "Desejo de cuidar das pessoas" (72,3%) e a "Aptidão vocacional" (71,4%) como principais motivadores à escolha do curso. Dados semelhantes foram encontrados por Mascaretti²⁴, em São Paulo, Moreira et al.²⁵, no Rio Grande do Norte e Trindade et al.²⁶ em Sergipe. Apesar de os estudantes entrevistados nesta pesquisa atribuírem menor importância aos motivadores sócio-econômicos como "Importância social da profissão" e "Oportunidades de emprego" (ambos com 31,2% das citações), 70,6% almejam renda mensal igual ou superior a 20.000 reais no ápice de suas carreiras. Um estudo realizado em 2007 com 240 estudantes do 1º ao 6º ano do curso médico da Universidade Federal do Espírito Santo²⁰, evidenciou que 75,5% dos entrevistados acreditam na realização financeira e pessoal através da profissão.

Os fatores que orientam os estudantes do sexto ano à seleção da especialidade ao final do curso são múltiplos. Na França, Weissman et al.²⁷ utilizou a metodologia aplicada ao marketing nas relações entre consumidor e produto para identificar os principais fatores envolvidos nesta escolha, concluindo que a perspectiva de um estilo de vida estável e uma alta remuneração são elementos importantes para os estudantes, o que poderia justificar a tendência atual à sub-especialização. Também na França, em 2009, Lefreve et al²⁸. entrevistou 1550 estudantes e descreveu o interesse pelas doenças, as oportunidades de prática privada, o contato com o paciente e a qualidade de vida como fatores responsáveis pela preferência na escolha de uma especialidade.

A distribuição da escolha das carreiras ao longo do tempo variou consideravelmente nos Estados Unidos onde, de 1987 a 2002 o percentual de estudantes que dedicariam-se à atenção primária caiu de 49,2% para 44,2%²⁹. Em um estudo publicado no Reino Unido em 2006, dos 2778 médicos recém-formados entrevistados, apenas 1 a cada 4 mulheres e 1 em cada 7 homens escolheriam a prática geral como carreira³⁰. De forma semelhante à atual tendência mundial, 70,6% dos estudantes entrevistados neste trabalho pretendem seguir especialidades ou sub-especialidades e apenas 34,8% deles se dedicarão às áreas básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia geral ou saúde da família). Dados semelhantes foram encontrados no grupo dos gestores curriculares onde 70,0% dedicam-se a especialidades e sub-especialidades e 30,0% às áreas básicas.

• IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS PRECONIZADAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA À FORMAÇÃO MÉDICA

A preocupação com a formação médica diante das demandas da sociedade é antiga e global. Nos Estados Unidos, em 1932, Maurice H. Rees, à época decano da University of Colorado School of Medicine, publicou um artigo no Jornal da AAMC onde discorria contra a especialização precoce dos estudantes e defendia a necessidade de mudanças na orientação das escolas médicas no intuito de formar médicos generalistas competentes, de alta qualidade³¹.

"Indubitavelmente, nossos métodos de ensino avançaram, mas ainda deixa-se muito a desejar na coordenação e correlação entre os vários cursos no objetivo de produzir melhores profissionais médicos."

"Em muitos dos nossos cursos médicos, especialmente nos anos pré-clínicos, parece existir o objetivo aparente de formar especialistas em um ramo particular da ciência. Assim como a maioria, eu acredito que não é sábio o esforço para produzir especialistas durante esse período."

"Nosso objetivo deve ser formar profissionais generalistas da maior qualidade. A especialização deve ser desencorajada, principalmente durante os primeiros cinco anos de curso."

Willian D. Reid³², professor-assistente de cardiologia da Boston University School of Medicine, publicou em 1934 um ensaio onde definia os objetivos educacionais que deveriam guiar o desenho curricular. A matriz proposta por D. Reid propunha como objetivos gerais das graduações médicas a eficiência vocacional para a prática generalista, o avanço do conhecimento médico e à capacidade de servir tanto ao indivíduo quanto à população. Já na quarta década do século XX, o processo de reorganização curricular americano enfatizava a importância de integrar ao currículo elementos humanísticos.

Harden³³ acredita que a educação médica vive um período de transição: de um modelo focado no processo para um modelo orientado ao produto. O primeiro modelo enfatiza o processo de ensino-aprendizagem e o conteúdo dos programas, enquanto o modelo orientado ao produto conhecido como educação baseada em competências tem enfoque no desfecho do ensino-aprendizagem³⁴. Estes desfechos de aprendizagem focados em competências necessitam que os diplomados conheçam as necessidades da população e os efeitos desejados no sistema de saúde ³⁵.

É possível concluir que, do início ao fim do século XX, os problemas enfrentados pelos gestores da educação médica em diferentes países são semelhantes ^{36,37,38,39}. As pressões do mercado pelo uso de novas tecnologias, a tendência dos profissionais à especialização, as novas demandas sociais e os avanços nas técnicas de ensino-aprendizagem delinearam um novo cenário.

A estes médicos é esperado: o entendimento dos pacientes como pessoas, e não apenas como organismos doentes; o trabalho efetivo em equipe e a otimização das habilidades de comunicação com seus colegas e pacientes; serão exigidos que suas condutas sejam embasadas em evidências científicas, e isso significa adquirir conhecimentos para avaliar a literatura e as diretrizes de forma crítica, decidindo os melhores caminhos em sua prática; em face do aumento dos custos em saúde, a sociedade espera que a próxima geração de médicos esteja atenta a questões éticas e que obtenham entendimento em aspectos legais, culturais, psicológicos e econômicos, estando a par de como os problemas da saúde pública afetam seus pacientes, colegas e a comunidade⁴⁰. Em 2001, uma revisão publicada por Stephenson et al⁴¹ enfatiza o compromisso com o ensino do profissionalismo médico aos estudantes.

Certamente, organizar o currículo e o percurso formativo dos estudantes não é tarefa fácil. Contreras⁴² cita Elliott e reflete: "O importante em um currículo é que responda às necessidades da vida. A seleção do conhecimento deve partir de uma revisão das áreas de conhecimento em função dos problemas, dilemas e questões que expõem as situações e experiências de importância para a vida". Zabala⁴³ sugere: "utilizar formas de organização dos conteúdos que promovam o maior grau de significação nas aprendizagens, de conteúdos que dêem respostas aos problemas que a vida em sociedade coloca, isto é, organizar os conteúdos a partir de uma concepção de ensino no qual o objeto fundamental de estudo para os estudantes seja o conhecimento e a intervenção da realidade". O processo de ensino-aprendizagem constitui-se na desejável ponte entre escola e comunidade e não pode afastar-se do que recomendam Perrenoud e Thurler⁴⁴: "A qualidade de uma formação depende, sobretudo, de sua concepção, de um plano de formação pensado de forma coerente, com percurso bem construído, e não como uma acumulação de unidades de sem espinha dorsal."

Neste estudo, os estudantes do 6º ano da FPS e os tutores - NDE (gestores do currículo) compartilharam a mesma opinião quanto a importância das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica. Para ambos os grupos, "Conhecimento clínico e científico", "Atuação no cenário SUS", "Gerenciamento e administração da força de trabalho", "Formação generalista", "Produção de conhecimento científico", "Habilidade para procedimentos técnicos", "Responsabilidade social",

"Postura ética e reflexiva", "Trabalho multidisciplinar", "Educação permanente", "Comunicação e empatia" e "Liderança e tomada de decisões" são competências que devem ser incorporadas ao perfil do profissional em formação.

É importante destacar que as competências relacionadas a princípios ético-humanísticos como "Postura ética e reflexiva", "Comunicação e empatia" e "Formação generalista" ganharam posições de destaque entre as avaliações dos estudantes. De forma semelhante, Laidlaw et al.⁴⁵, no Reino Unido, concluiu que os graduados em medicina, veterinária e odontologia entendem que as habilidades de: comunicação, trabalho em equipe, conhecimento das evidências científicas, entendimento de questões éticas, senso crítico e curiosidade são os atributos mais importantes a serem desenvolvidos entre os graduandos.

Em 2007, estudo realizado por Neto et al.⁴⁶ avaliou a percepção dos estudantes a respeito da eficiência do currículo quando aplicado à prática clínica no internato, observou que 72% dos estudantes acreditam que as dificuldades no estágio do internato relacionaram-se às deficiências da matriz curricular em seu curso de graduação e que, apenas 34% dos alunos concordam com a necessidade de formação de médicos generalistas, tendo em vista as necessidades do sistema de saúde, entretanto não apoiam esse projeto como meta, ressaltando-se a tendência à "superespecialização".

Há uma diferença importante entre o Projeto Político-Pedagógico (PPP) prescrito pela instituição de ensino e sua aplicação, ou seja, muitas vezes o PPP realmente executado acaba sendo bem diferente do que estava prescrito, pois a aplicação das propostas enunciadas depende das reais condições existentes, como: Infraestrutura, organização dos cenários de ensino-aprendizagem, compreensão e a disponibilidade de professores, funcionários e estudantes a trabalhar conforme as normas propostas.

Almeida et al.⁴⁷, em 2007, realizou levantamento das Instituições de Ensino Superior (IES) que ofereciam cursos de Medicina no Paraná. Questionários foram enviados aos coordenadores desses cursos com o intuito de verificar o grau de implementação das DCN/2001 através da avaliação dos respectivos PPP's. O autor identificou uma motivação para a inovação do ensino médico no Paraná, traduzido por

currículos idealizados por vários princípios inspirados nas DCN/2001. No entanto avanços precisam ocorrer para o desenvolvimento de mudanças efetivas, que dependem em parte da geração de consciências construídas por meio de vários mecanismos: Capacitação docente, educação permanente, processos de avaliação, além de apoio para sua efetiva implementação.

Cabe aos gestores do currículo médico elaborar estratégias para a construção de um projeto político-pedagógico institucional, que apodere os estudantes ao longo do processo educativo das competências necessárias a uma formação de qualidade e ao enfrentamento dos desafios do SUS.

• IMPORTÂNCIA DOS MÓDULOS QUE INTEGRAM O CURRÍCULO MÉDICO DA FPS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O interesse em conhecer a percepção dos estudantes a respeito dos conteúdos que integram o currículo médico surge também no início do século XX. Em um documento publicado em 1927 no periódico *Academic Medicine*, intitulado "A proposed new curriculum", Fred C. Zappffe ⁴⁸ discorre sobre a necessidade de racionalizar a carga horária do curso médico, otimizar o estudo das disciplinas relevantes à formação generalista e desfragmentar os vários conteúdos do currículo em conhecimentos interconectados.

"Os novos cursos deveriam ser planejados de forma que todas as disciplinas que compõem o currículo pudessem ser baseadas naquilo que o estudante deveria saber para ser capaz de dar continuidade a sua própria educação depois de deixar a escola médica."

"Propositalmente, o tempo repartido entre as especialidades foi reduzido ao mínimo necessário, não subestimando suas importâncias, mas para salientar o fato de que o treinamento para a prática específica é, de fato, de suma importância; entretanto deve ser postergada ao ensino na pós-graduação ou por médicos já graduados. Assim, o país não seria inundado por uma tropa de semi-especialistas que não são especialistas completos nem bons práticos generalistas."

Em 1948, foi publicado no Jornal da AAMC um estudo realizado com estudantes de medicina da University of California Medical School, evidenciando o menor interesse desses por disciplinas como Neurocirurgia, Medicina Preventiva, Ortopedia e Medicina Tropical⁴⁹. Os estudantes daquela época desejavam dispende maior tempo disciplinas nas disciplinas de Radiologia, Psiquiatria, Anatomia e Neuroanatomia.

Paralelo à atualidade, podemos observar o trabalho de Tseretopoulou et al.⁵⁰ que ao pesquisar estudantes de medicina da University of Ioannina, na Grécia - 2011, mostrou que as disciplinas menos valorizadas pelos estudantes foram Física Médica, Bioestatística, Psicologia Médica, Historia da Medicina, Língua Estrangeira e Sociologia (as últimas no ranking de importância). Concluiu que a relevância que os alunos atribuíam a determinados módulos não correspondia à estrutura curricular proposta, e que esta falta de entusiasmo influenciava diretamente na avaliação que os estudantes faziam do curso e de seus respectivos professores.

Passi et al.⁵¹ publica em 2010 uma revisão sistemática afim de nortear diretrizes para o desenvolvimento do profissionalismo em educação médica, identificando cinco áreas que merecem maior atenção por partes dos gestores do currículo na síntese da matriz curricular. Experiências positivas em diversos países demonstram a possibilidade do redirecionamento pedagógico para um currículo baseado em competências^{52,53}.

Em nossa casuística, apesar de estudantes e gestores do currículo convergirem em suas percepções a respeito da importância das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica, ao avaliar a importância dos módulos do currículo os estudantes atribuem menor conceito aos módulos dos eixos doutrinários "Atitudes e Relações Humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade" - as esferas do saber que traduzem as principais transformações inculcadas pelas DCN/2001 na busca de um novo perfil médico brasileiro.

Ao considerar um menor conceito os módulos de: Bioética, Metodologia científica e pedagogia, Deontologia médica, Ética, Estudos da desigualdade, Teologia, Introdução a filosofia, Interações e práticas de humanização, Filosofia da ciência e Psicoterapia; os estudantes demonstram resistência às mudanças do paradigma curricular. Briani⁵⁴, afirma

que a solução para os impasses no campo da saúde não serão encontradas apenas nos projetos de mudança da educação médica, dependendo muito mais da maneira como a sociedade vem encarando a construção da saúde. Nogueira⁵⁵ complementa:

"Num momento em que se procura favorecer o ensino médico com a contribuição de disciplinas de conteúdo humanístico, há que se perguntar até que ponto a medicina está realmente aberta a uma mudança paradigmática desta ordem, aceitando compartilhar com a educação, a filosofia, a antropologia, a história da ciência, a psicologia, entre outras, a construção de novos significados para o ensino médico e a prática médica."

A formação médica atual necessita de uma formação contextualizada, pois ela se revela em decorrência de transformações sociais, oriundas do processo de modernidade. A presença da formação humanística na formação médica, como facilitadora das relações humanas, mediadas pela comunicação, torna-se tão necessária quanto importante⁵⁶.

A preocupação dos estudantes a respeito da própria formação é alvo de interesse científico. Um estudo realizado em 2007 com estudantes dos 5º e 6º anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora evidenciou que 72% dos estudantes consideraram que as dificuldades do estágio no internato relacionaram-se com as deficiências da matriz curricular em seu curso de graduação. É notável que o estudante ao final do curso ainda sente-se despreparado para lidar com a realidade da vida profissional⁵⁷. Entre 2005 e 2007, Oliveira e Alves⁵⁸ pesquisaram 1004 alunos do internato de 13 cursos médicos de seis estados brasileiros (Goiás, Tocantins, Alagoas, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro) destacando ao que pensam os formandos a respeito de sua formação no começo de sua atuação profissional. Desses, 81% querem buscar formação complementar; 63% desejam ser "especialistas"; 20% querem trabalhar em medicina geral, como o PSF, e apenas 5% querem trabalhar em pequenos municípios. Apenas 19% dos alunos sentiam-se aptos ao exercício imediato da medicina.

Deve-se ressaltar que o modelo biologicista não deve ser excluído da formação médica, pois como já citado anteriormente, a complexidade do processo saúde-doença não permite uma visão única, e sim uma visão plural⁵⁹. Os paradigmas biocêntrico e sociocêntrico não são excludentes dentro de uma visão ampliadora do processo saúde-

doença. Os aspectos de ambos deveriam ser unificados em uma filosofia “antropocêntrica”, isto é, a favor dos seres humanos⁶⁰.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este trabalho limitou-se a analisar o currículo formal, documental, cuja elaboração depende da reflexão de um grupo seletivo de indivíduos - os componentes do Núcleo Docente Estruturante, que possuem o papel de formular, gerir e desenvolver o currículo médico da FPS. Através da interpretação das demandas sociais por parte desses indivíduos privilegiados, as competências necessárias à formação médica são traduzidas em uma matriz, que servirá de arcabouço teórico para o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes. Este pacto selado responsabiliza as instituições a garantir que o produto final, o profissional formado, retorne ao cerne social e exerça o seu papel transformador da realidade. Existem porém, competências e atribuições que vão além das explicitadas no currículo formal, e que fogem ao escopo deste trabalho, que são igualmente relevantes à formação profissional mas que fazem parte dos currículos informal e oculto.

A escolha do autor na seleção dos sujeitos restringiu o grupo docente aos que faziam parte do Núcleo Docente Estruturante - apenas 11 indivíduos. Essa decisão, apesar de comprometer a homogeneidade das amostras e diminuir o poder estatístico, foi necessária diante da importância deste grupo de sujeitos no processo de tomada de decisões dentro do manejo curricular.

CONCLUSÕES

Gestores do currículo e estudantes concordam com a importância das competências propostas pelas DCN/2001 para a formação médica. Para ambos, "Conhecimento clínico e científico", "Atuação no cenário SUS", "Gerenciamento e administração da força de trabalho", "Formação generalista", "Produção de conhecimento científico", "Habilidade para procedimentos técnicos", "Responsabilidade social", "Postura ética e reflexiva", "Trabalho multidisciplinar", "Educação permanente", "Comunicação e empatia" e "Liderança e tomada de decisões" são competências que devem ser incorporadas ao perfil do profissional em formação.

Apesar de concordarem com a importância das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica, ao avaliar a importância dos módulos do currículo os estudantes atribuem menor importância aos módulos dos eixos doutrinários: "Atitudes e Relações humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade" para a formação profissional. Os módulos menos conceituados foram: Bioética, Metodologia científica e pedagogia, Deontologia médica, Ética, Estudos da desigualdade, Teologia, Introdução a filosofia, Integrações e práticas de humanização, Filosofia da ciência e Psicoterapia. Os estudantes demonstram resistência às mudanças do paradigma curricular.

BIBLIOGRAFIA

- 1 – Andrade JH. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina: I parte. *Educ Méd Salud*. 12(1): 1-19; 1978.
- 2 - Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 3 – Elias PE. Análise sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: A visão autoritária do ideário progressista. *Sáude soc. São.Paulo*: 2(1): 59-73, 1993.
- 4 - Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília, DF: O Ministério; 1986. [acessado em: 18 fev 2014]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- 5 - Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União* 20 set 1990; Seção 1: 18055.
- 6 - Queiroz, MS. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev. Saúde Públ. São Paulo*: 20: 309-17; 1986.
- 7 – Nogueira, MI. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. *Rev. Bras. Educ. Med*. 33(2): 262-70; 2009.
- 8 - Pilon, AF. Desarrollo de la educación en salud - una actualización de conceptos. *Rev.Saúde públ. São Paulo*: 20: 391-6; 1986.

9 - Facchini LA, Piccini RX, Santos RC. CINAEM - Preparando a transformação da educação médica brasileira. Projeto CINAEM, III Fase. Relatório 1999-2000. Pelotas: UFPel; 2000.

10 - Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 9 nov 2001; Seção 1: 238.

11 - Nogueira MI. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. Rev. Bras. Educ. Med. 33(2): 262-270; 2009.

12 - Cezar PH, Guimarães FT, Gomes AP, Rôças G, Siqueira-Batista R. Transição Paradigmática na Educação Médica: Um Olhar Construtivista Dirigido à Aprendizagem Baseada em Problemas. Rev. bras. educ. med. 34(2): 298-308; 2010.

13 - Chang PP, Sosa JÁ, Shatzer JH. Involving students in curriculum reform. Acad Med. 70(4): 253; 1995.

14 - Garcia MA, Silva AL. Um Perfil do Docente de Medicina e Sua Participação na Reestruturação Curricular. Rev bras. educ. med. 35(1): 58-68; 2011.

15 - Chiavenato I. Gestão de Pessoas. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

16 - Cutolo LRA, Delizoicov D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. Arq Catar Med. 32(4): 24-34; 2003.

17 - Faculdade Pernambucana de Saúde. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Recife/PE. 2011.

18 - Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 9 nov 2001; Seção 1: 238.

19 - Faculdade Pernambucana de Saúde. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Recife/PE. 2011.

20 - Fiorotti PK, Rossoni RR, Miranda AE. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. Rev. bras. educ. med. 34(3): 355–62; 2010.

21 - Lamounier JA, Torga ALGF, Leite GLF. Características e conceitos dos formandos do Curso de Medicina da UFMG. *Pediatria São Paulo*. 24: 85-92, 2002.

22 - Arruda PCV, Millan, LR. A vocação médica. In: O universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

23 - Vieira JE, Nobre MRC, Nunes MPT, Martins MA. O perfil do aluno da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Vestibular seleciona com viés? Rev. bras. educ. med. 25: 68-72; 2001.

24 - Mascaretti LAS. Perfil do aluno da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev. bras. educ. med. 26(Supl.2): 55; 2002.

25 - Moreira SNT, Nogueira e Silva CA, Tertulino FF, Tertulino FMF, Vilar MJP, Azevedo GD. Processo de significação de Estudantes do Curso de Medicina diante da Escolha Profissional e das Experiências Vividas no Cotidiano Acadêmico. Rev. bras. educ. med. 30(2): 14-9; 2006.

26 - Trindade LMDF, Vieira MJ. Curso de Medicina: motivações e expectativas dos estudantes iniciantes. Rev. bras. educ. med. 33(4): 542-54; 2009.

27 - Weissman C, Schroeder J, Elchalal U, Weiss Y, Tandeter H, Zisk-Rony RY. Using marketing research concepts to investigate specialty selection by medical students. *Med. Educ*. 46: 974-82; 2012.

28 - Lefreve JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. *Med. Educ*. 44: 603-12; 2010.

29 - Newton DA, Grayson MS. Trends in career choice by US medical schools graduates. *JAMA*. 290(9): 1179-82; 2003.

30 - Lambert TW, Goldacre MJ, Turner G. Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. *Med. Educ.* 40(6): 514-21; 2006.

31 - Rees MH. Curriculum Suggestions. *Acad. Med.* 7(1): 1-4; 1932.

32 - Reid WD. The Medical Curriculum. *Acad. Med.* 9(5): 274-87; 1934.

33 - Harden RM. Developments in outcome-based education. *Med. Teach.* 24(2): 117–20; 2002.

34 - Harden RM. Outcome-based education: The future is today. *Med. Teach.* 29(7): 625–9; 2007.

35 - Frank JR, Danoff D: The CanMEDS initiative: implementing an outcomes based framework of physician competencies. *Med. Teach.* 29: 642–7; 2007.

36 - Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Turnbull JM, Weston WW, Brown MG, et al. Educating future physicians for Ontario. *Acad. Med.* 73(11): 1133–48; 1998.

37 - Maudsley RF. Content in context: medical education and society's needs. *Acad. Med.* 74(2): 143-5; 1999.

38 - Muller S. Physicians for the Twenty-first Century: Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. *J Med. Educ.* 59(2); 1984.

39 - Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med. Teach.* 32: 638–45; 2010.

40 - Wilkes MS, Slavin SJ, Usatine R. Doctoring: A Longitudinal Generalist Curriculum. *Acad. Med.* 69(3): 191-3; 1994.

- 41 - Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet*. 35: 867-70; 2001.
- 42 - Contreras J. Currículo democrático e autonomia do magistério. In: SÉCULO XXI: Qual conhecimento? Qual currículo? Petrópolis: Ed. Vozes: 74-99; 1999.
- 43 - Zabala A. Enfoque globalizador e pensamento complexo. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2002.
- 44 - Perrenoud P, Truhler MG. As competências para ensinar no século XXI. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2002.
- 45 - Laidlaw A, Guild S, Struthers J. Graduate attributes in the disciplines of Medicine, Dentistry and Veterinary Medicine: a survey of expert opinions. *BMC Med. Educ.* 9(28): 1-6; 2009.
- 46 - Neto IPA, Lima Filho OS, Silva LEC, Costa NMSC. Percepção dos Professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG Implantado em 2003. *Rev bras. educ. med.* 30(3): 154-60; 2006.
- 47 - Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicolletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Rev bras educ med.* 31(2): 156-65; 2007.
- 48 - Zapffe, FC. A Proposed New Curriculum. *Acad. Med.* 2(4): 322-49; 1927.
- 49 - Reid WD. Medical Students Evaluate the Curriculum. *Acad Med.* 23(6): 391-4; 1948.
- 50 - Tseretopoulou X, Stratou A, Stavrinou P, Souretis ., Dimoliatis IDK. Students do not consider all subjects to be equally relevant. A method for quantifying relevance; implications for curriculum timetabling, teaching and learning, and student assessment of teachers. *Arch. Hellen. Med.* 28(2): 227-33; 2011.

51 - Passi V, Doug M, Peile E, Thistlethwaite J, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *Int. J. Med. Educ.* 1: 19-9; 2010.

52 - Smith RS, Dollase RH, Boss JA. Assessing students performance in a competency-based curriculum. *Acad. Med.* 78: 97-107; 2003.

53 - Watmough S, Cherry MG, O'Sullivan H. A comparison of self-perceived competencies of traditional and reformed curriculum graduates 6 years after graduation. *Med. Teach.* 34: 562-8; 2012.

54 - Briani, MC. O ensino médico no Brasil está mudando? *Rev. bras. educ. med.* 25(3): 73-7; 2001.

55 - Nogueira MI. As mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev. bras. educ. med.* 33(2): 262-70; 2009.

56 - Ristow AM. A formação humanística do médico na sociedade do século XXI: uma análise curricular [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Paraná; 2007.

57 - Neto JAC, Sirimarco MT, Fava AS, Gomide BO, Martins TPR, Gomes EV. Percepção da eficácia da matriz curricular quanto à prática médica no estágio. *Rev Med Minas Gerais.* 21(3): 280-87; 2011.

58 - Oliveira NA, Alves NA. Ensino médico, SUS e Início da Profissão: Como se sente quem está se formando? *Rev. Bras. Educ. Med.* 35(1): 26-36; 2011.

59 - Cutolo LRA, Cesa AI. Percepção dos alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC sobre a Concepção Saúde-Doença das Práticas Curriculares. *Arq. Catar. Med.* 32(4): 24-34; 2003.

60 - Marcondes E. O paradigma do ensino médico. *Rev Med. HC – FMUSP.* 3: 93; 1998.

11. APÊNDICES

11.6. APÊNDICE F - ARTIGO PARA SUBMISSÃO - 2

ARTIGO:

Avaliação da importância de diferentes cenários para a aquisição de competências profissionais - percepção de gestores do currículo e estudantes de uma escola médica do nordeste brasileiro.

Autores: Francisco Candido Monteiro Cajueiro¹, Gilliat Hanois Falbo Neto², Claudia Diniz Lopes Marques³, David Gomide Pinto⁴.

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista, Recife - PE. CEP: 50070-550. Phone: 0 0xx (81)2122-5684. emaildefrancisco@gmail.com

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista, Recife - PE. CEP: 50070-550. Phone: 0 0xx (81)2122-5684. falbo@imip.org.br

³ Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Av Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária - Recife - PE. CEP: 50670-901. Phone: 0 0xx(81) 21268000. claudia.reumatologia@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Hospital Escola: Rua Professor Araújo, 538 - Pelotas, RS - Brasil. CEP: 96020-360. Phone: 0 0xx (81)53 3284 4900. dgomidemed@gmail.com

RESUMO

Cenário: A missão institucional das escolas médicas brasileiras deve compartilhar os valores preconizados nas DCN/2001 que, integrados à cultura organizacional, norteará os esforços e ideais de professores e alunos em um objetivo educacional comum. O currículo médico é planejado para modificar e/ou inculcar nos estudantes os comportamentos necessários à prática profissional. Em várias esferas da prática social como a vida acadêmica, profissional, o núcleo familiar e a religião; é ampliada a produção, disseminação de saberes e modos de ação (conhecimentos, conceitos, habilidades, hábitos, procedimentos, crenças, atitudes), levando à práticas pedagógicas.

Objetivo: Avaliar a percepção de gestores do currículo e estudantes de medicina a respeito da importância dos cenários: faculdade, vida profissional, núcleo familiar e religião como cenários de aprendizagem para a aquisição das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, de corte transversal e metodologia quantitativa. A população do estudo foi composta por 129 estudantes cursando o 6º ano do curso médico da Faculdade Pernambucana de Saúde e onze docentes que integram o Núcleo Docente Estruturante (NDE). A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012.

Resultados: Considerando a faculdade como cenário para aquisição de competências, os estudantes reconheceram "Conhecimento clínico e científico" (95,5%); "Habilidades para procedimentos técnicos" (83,6%); "Produção de conhecimento científico" (80,9%); "Formação generalista" (78,2%) e "Comunicação e empatia" (72,7%) como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente de ensino-aprendizagem. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada nos quesitos: "Postura ética e reflexiva" ($p=0,030$), "Responsabilidade social" ($p=0,013$) e "Gerenciamento e administração da força de trabalho" ($p=0,044$) onde, comparados aos docentes - NDE, os estudantes atribuíram menor importância à faculdade como cenário para aquisição dessas competências.

Os graduandos reconhecem, respectivamente, "Trabalho multidisciplinar" (79,1%) e "Liderança e tomada de decisões" (75,5%) como as principais competências a serem adquiridas no cenário da vida profissional. Diferente dos docentes - NDE, os estudantes atribuem menor importância à vida profissional como cenário para o

desenvolvimento de "Comunicação e empatia" ($p=0,032$), "Educação permanente" ($p=0,030$), "Postura ética e reflexiva" ($p=0,010$) e "Responsabilidade social" ($p=0,006$).

O núcleo familiar e a religião foram melhor conceituados por estudantes e docentes – NDE como cenários para o desenvolvimento das competências: "Responsabilidade social", "Comunicação e empatia" e "Postura ética e reflexiva".

Conclusão: Estudantes ao final da graduação médica avaliam as competências: "Postura Ética e Reflexiva", "Responsabilidade Social" e "Gerenciamento e Administração da Força de Trabalho" como as competências menos adquiríveis no cenário pedagógico "Faculdade". Gestores do currículo e estudantes concordam que cenários de aprendizagem extra-acadêmicos como a vida profissional, o núcleo familiar e a religião possuem papel importante no desenvolvimento de competências necessárias à formação médica.

Palavras-chave: Educação Médica, Currículo, Escolas Médicas, Competências Profissionais, Estudantes de Medicina, Docentes de Medicina, Conduta na Prática dos Médicos.

ABSTRACT

Background: The institutional mission of Brazilian medical schools should share the values recommended in National Curriculum Guidelines/2001 (NCG/2001), integrated into the organizational culture, will guide the efforts and ideals of teachers and students in a common educational goal. The medical curriculum is designed to modify and/or instill in students the behaviors necessary for professional practice. In various spheres of social practice as academic, professional, the nuclear family and religion; is enlarged the production, dissemination of knowledge and modes of action (knowledge, concepts, skills, habits, procedures, beliefs, attitudes), leading to pedagogical practices.

Objective: Evaluate the perception of the curriculum managers and medical students about the importance of the scenarios: college, professional life, family and religion as learning scenarios of development of skills recommended by NCG/2001 for medical training.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional and quantitative methodology. The study population consisted of 129 students attending the 6th year of medical course of Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), in Brazilian northeast, and eleven teachers that compose the Structuring Teacher Group (STG). Data collection took place between August and November 2012.

Results: Considering the College as the setting for acquisition of skills; students recognized "Clinical and Scientific knowledge" (95.5%); "Technical procedures" (83.6%); "Scientific Knowledge production" (80.9%); General Formation "(78.2%) and" Communication and empathy. "(72.7%) as the main competences to be acquired in this scenario. Ethical and reflective posture "(65.5%), Social responsibility" (60.9%), Leadership and Decision-making "(59.1%)," Performance in the SUS scenario "(57.3%) and Management and Administration of the labor force "(43.6%) were cited as the attributes less likely to purchase through the academia by students.

Differently of the teachers - STG, students attach less importance to Professional Life as the setting for the development of "Communication and empathy" ($p = 0.032$), "Continuing Education" ($p = 0.030$), "Ethical and Reflective posture" ($p = 0.010$) and "Social Responsibility" ($p = 0.006$). The Family and Religion were better evaluated by

students and teachers - STG as scenarios for the development of skills, "Social responsibility", "Communication and empathy" and "Ethical and Reflective posture".

Conclusions: Students assess skills: "Posture Ethics and Reflective," "Social Responsibility" and "Management and Administration Workforce" as skills less obtainable in the pedagogical scenario "College". Curriculum managers and students agree that extra-academic learning scenarios as Professional Life, Family and Religion play an important role in the development of skills required in medical education.

Key-Words: Medical Education, Curriculum, Medical Schools, Professional Skills, Medical Students, Faculty, Medical, Management of Medical Practice.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988¹ atribui ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área de saúde, função reiterada na Lei 8.080/90 em seus capítulos I e IV². A preocupação em desenvolver uma assistência de alta qualidade, humanizada e ao mesmo tempo resolutiva, proporcionaria uma reorientação das escolas médicas, aproximando o mundo acadêmico das necessidades concretas da população.

A educação médica à época, consoante com o Relatório Flexner cujas idéias foram implantadas no Brasil no início dos anos 1950, utilizava um currículo tradicional baseado nos princípios positivistas da fragmentação do indivíduo em sistemas, fundamentado na transmissão de conhecimento, centrado na doença e no tecnicismo - onde o social, o coletivo e a comunidade não eram implicados no processo saúde-doença³. Essa percepção foi reiterada em 1962 pelo Conselho Federal de Educação (CFE) através da outorga do Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina⁴. Tornava-se imprescindível adotar medidas voltadas á otimizar a formação e capacitação profissional através da viabilização de mudanças na graduação que atendessem os interesses apontados por um novo modelo de atenção a saúde⁵.

A partir da década de 80, diversos debates internacionais questionam os rumos da prática médica e instituições representativas oficializam seus posicionamentos. Destacam-se os documentos “Médicos para o século XXI” (1984) – Association of American Medical Colleges (AAMC)⁶, o “Marco para o desenvolvimento da educação médica na América Latina “ (1985) – Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ⁷, o “Relatório de pesquisa sobre as práticas médicas no Reino Unido” (1988) – General Medical Education Committee (GMC)⁸, a análise realizada pelo European Office of the World Health Organization e a World Federation for Medical Education (WFME) intitulado “Relatório de Síntese : Consulta ministerial para a educação médica na Europa” (1988)⁹ e o “Relatório da I Conferencia Mundial em Educação Médica” realizado em 1988 em Edimburgo, Reino Unido pela WFME¹⁰. Em 1991 a Fundação Kellogg convidou instituições universitárias de saúde brasileiras para participar do “Uma nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” – Projeto UNI ^{11,12}que ao articular-se com a Rede de Integração de Projetos Docentes-Assistenciais

(Rede IDA) passou a chamar-se Rede UNI-IDA¹³. A partir de 1992 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica a série intitulada : “Changing Medical Education and Medical Practice” publicada em inglês, espanhol e português¹⁴; destaca-se ainda em 1993 a 8ª Reunião Bianual da Network of Community – Oriented Educational Institutions for Health Sciences, em Sherbrook – Canadá e em 1994 o Encontro Continental da Educação Médica realizado em Punta Del Este sob o tema “Gestão de Qualidade na Educação Médica”¹⁵. Verifica-se que os dilemas do ensino médico fazem parte das preocupações dos organismos internacionais, não sendo uma realidade apenas brasileira.

Em 2001 o Conselho Nacional de Educação (CNE) institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN/2001)¹⁶, tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador. Esse documento explicita em seu Artigo 3º as competências que devem ser adquiridas ao longo do processo educacional: “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.” Ainda discorre no artigo 9º sob os meios de alcançar tal objetivo : “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.”

A substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares representa um grande avanço, pelo fato de que a sua implementação requer uma base social ampla, fortalecendo o papel da ação acadêmica neste contexto.

A 5ª edição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei 9.394/96¹⁷, em seu capítulo IV, que versa sobre a educação superior, estabelece no Artigo 53, inciso II, que as instituições de ensino superior devem: “fixar os currículos dos seus cursos e

programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes.” É fundamental que pilares filosóficos sólidos sejam integrados à missão institucional das escolas médicas e que sejam traduzidos ao estudante sob a forma de um projeto político-pedagógico inovador, ofertando aos mesmos um currículo moderno, ancorado nas competências necessárias à formação médica, e utilizando metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento¹⁸.

A missão institucional das escolas médicas brasileiras deve compartilhar os valores preconizados nas DCN/2001 que, integrados à cultura organizacional, norteará os esforços e ideais de professores e alunos em um objetivo educacional comum. O aprimoramento do ensino, sua adequação ao estado da arte e às necessidades da sociedade constituem um desafio permanente às escolas médicas. Propostas voltadas ao aperfeiçoamento deste processo devem levar em consideração as percepções docentes quanto aos conteúdos e metodologias desenvolvidas, visando otimizar o contexto da reorientação curricular¹⁹.

Wear e Castellani²⁰ revelam a necessidade de uma maior abertura do currículo: "Os estudantes devem adquirir não apenas as ferramentas do conhecimento clínico e técnico, mas também outras ferramentas relevantes ao desenvolvimento profissional que só podem ser fornecidas por conhecimentos particulares, métodos e habilidades que estão fora do domínio biocientífico. Os estudantes de medicina necessitam transpor as fronteiras do saber - filosofia, ética, sociologia, literatura, espiritualidade - são lugares onde a compaixão, comunicação e responsabilidade social podem ser estudados, praticados e apreendidos. "

Este trabalho tem por objetivo avaliar a percepção de gestores do currículo e estudantes do 6º ano do curso médico à respeito da importância dos cenários “Faculdade”, “Vida Profissional”, “Núcleo Familiar” e “Religião” para a aquisição de competências profissionais.

MÉTOD

Estudo observacional, descritivo, de corte transversal, de metodologia quantitativa, realizado na Faculdade Pernambucana de Saúde, localizada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. A instituição conta com o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, o maior complexo hospitalar de ensino do norte-nordeste brasileiro - como hospital-escola. A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012. A população do estudo foi composta pelos 129 estudantes cursando o 6º ano do Curso de Graduação em Medicina da FPS e onze docentes que integram o Núcleo Docente Estruturante.

Os dados foram obtidos através de questionários concebidos sob fundamentação teórica do Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina - Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de novembro de 2001¹⁶ e pelo Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - Recife/PE do ano de 2011²⁰. Antes de serem aplicados, os questionários foram submetidos à avaliação semântica e modificados até o modelo final. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa mediante leitura conjunta e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no cenário de grupos tutoriais da FPS e do IMIP. Em concordância com a com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa (nº 3227-12) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP.

O banco de dados foi alimentado por dupla-entrada e a análise estatística realizada através do Software STATA/SE 12.0.

RESULTADOS

Dos 129 estudantes no 6º ano do curso médico do em 2012, 114 (88,3%) aceitaram participar da pesquisa. Na amostra discente, a média de idade foi de 25,33 DP 1,87 anos, 95 (86,4%) são naturais de Pernambuco e houve predomínio de indivíduos do sexo feminino (58,8% - 67). Do total de estudantes, 79 (69,9%) declararam-se brancos; 110 (96,5%) solteiros e 102 (89,4%) possuem renda familiar superior a dez salários mínimos. Setenta e dois (63,2%) têm parentes de primeiro grau médicos; 39,8% dos pais e 40,4% das mães dos estudantes são pós-graduados, mestres ou doutores. (Tabela 1)

Dos onze docentes que integram o NDE da FPS, 10 (90,9%) participaram da pesquisa. Os docentes - NDE entrevistados possuem idade média de 50,00 DP 5,46 anos e desses, 7 (70,0%) são naturais de Pernambuco; 8 (80,0%) declararam-se brancos; 7 (70,0%) casados e a maioria possui renda familiar superior a 20 salários mínimos (60%). Os docentes - NDE possuem tempo médio de graduação de 26,30 DP 5,23 anos e 7 (70,0%) atuam em especialidades ou sub-especialidades assistenciais.

Tabela 1 - Perfil sócio-econômico dos estudantes ao final do curso e gestores do currículo médico da FPS no ano de 2012.

Variáveis	Grupos			
	Estudantes (n = 114)		Docentes - NDE (n= 10)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	67	58,8	7	70,0
(Continuação.)	Grupos			

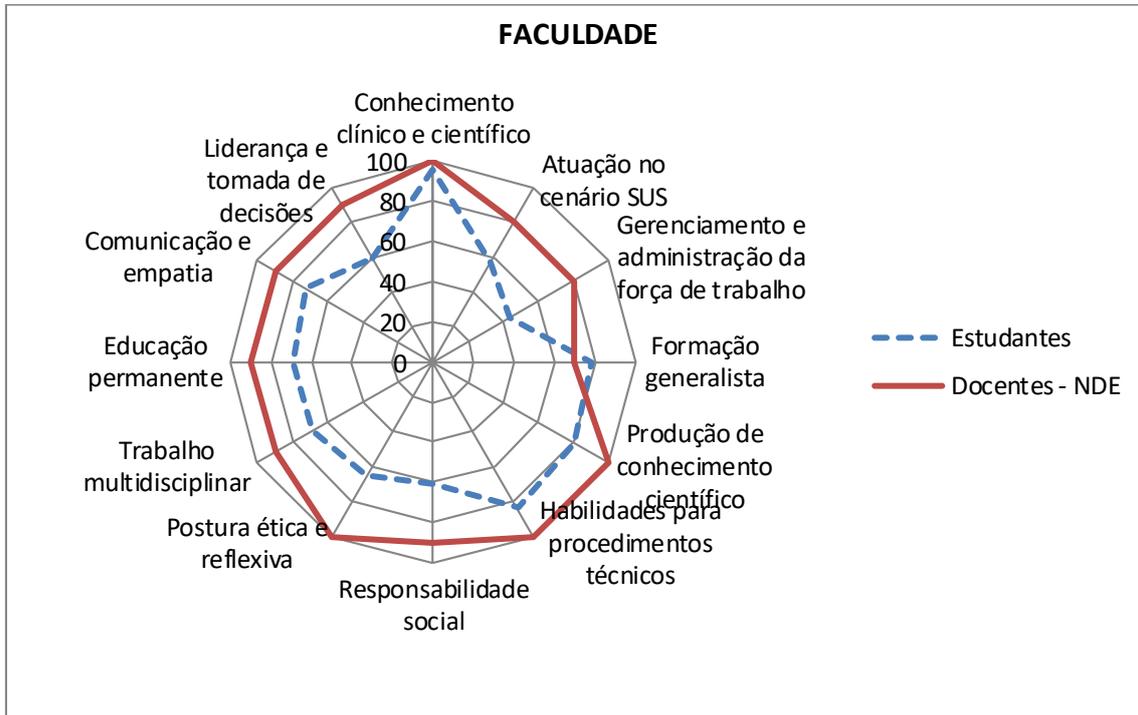
Variáveis	Estudantes (n = 114)		Docentes - NDE (n= 10)	
	n	%	n	%
	Cor			
Parda	33	29,2	2	20,0
Negra	1	0,9	0	0
Estado				
Pernambuco	95	86,4	7	70,0
Demais estados do Nordeste	11	10,0	3	30,0
Outras regiões	4	3,6	0	0
Estado Civil				
Solteiro (a)	110	96,5	2	20,0
Casado (a)	2	2,6	7	70,0
Divorciado (a)	1	0,9	1	10,0
Possui familiar de primeiro grau médico?				
Sim	72	63,2	8	80,0
Renda familiar mensal				
Até 5 salários mínimos	3	2,7	0	0
> 5 até 10 salários mínimos	9	7,9	0	0
>10 até 20 salários mínimos	34	29,8	4	40,0
>20 salários mínimos	68	59,6	6	60,0
Escolaridade do Pai				
Sem instrução	2	1,8	0	0
Até o ensino médio completo	10	8,9	4	40,0
Até o ensino fundamental completo	6	5,3	0	0
Até o ensino superior completo	50	44,2	5	50,0
Pós-Graduado, Mestre ou Doutor	45	39,8	1	10,0
(Conclusão.)	Grupos			

Variáveis	Estudantes (n = 114)		Docentes - NDE (n= 10)	
	n	%	n	%
	Escolaridade da Mãe			
Sem instrução	0	0	0	0,0
Até o ensino superior completo	55	48,1	3	30,0
Pós-Graduado, Mestre ou Doutor	46	40,4	2	20,0

Diante da prerrogativa de que diferentes cenários podem ter papel relevante à aquisição de competências, questionamos estudantes e docentes - NDE: "Em sua opinião, quais os principais cenários onde essas características devem ser adquiridas?"

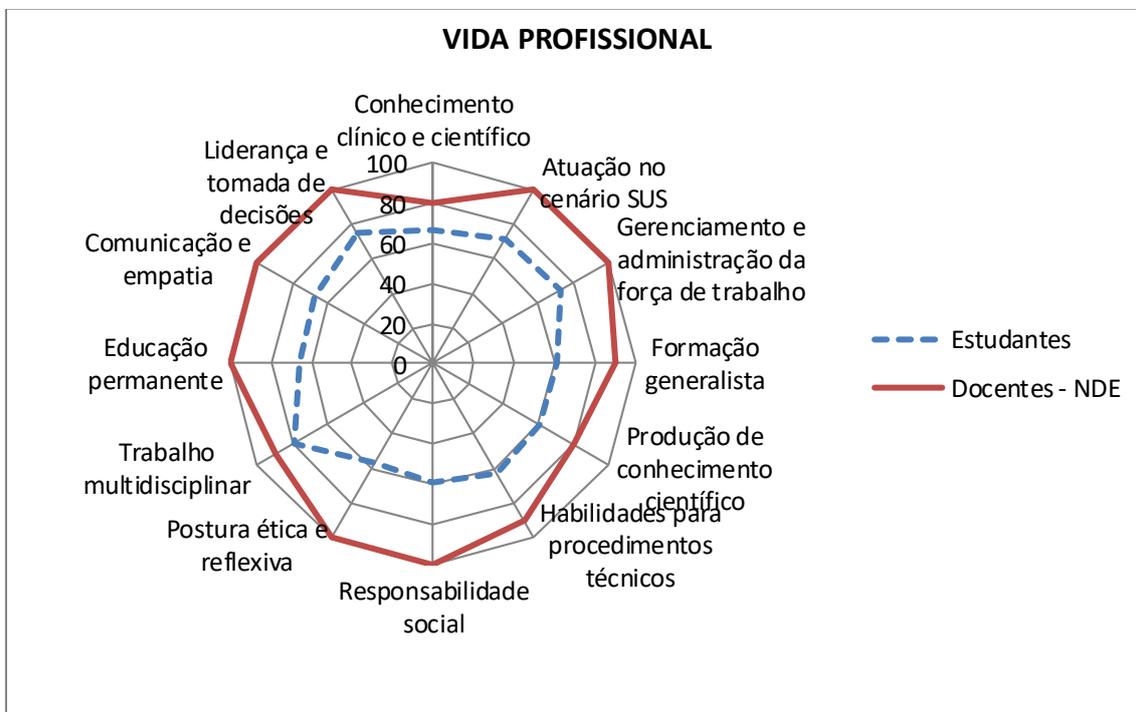
Levando em consideração a faculdade como cenário para aquisição de competências, os estudantes reconheceram "Conhecimento clínico e científico" (95,5%); "Habilidades para procedimentos técnicos" (83,6%); "Produção de conhecimento científico" (80,9%); "Formação generalista" (78,2%) e "Comunicação e empatia" (72,7%) como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente de ensino-aprendizagem. "Postura ética e reflexiva" (65,5%), "Responsabilidade social" (60,9%), "Liderança e tomada de decisões" (59,1%), "Atuação no cenário SUS" (57,3%) e Gerenciamento e administração da força de trabalho" (43,6%) foram os atributos menos citados como passíveis de aquisição através do meio acadêmico pelos alunos. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada nos quesitos: "Postura ética e reflexiva" ($p=0,030$), "Responsabilidade social" ($p=0,013$) e "Gerenciamento e administração da força de trabalho" ($p=0,044$) onde, comparados aos docentes - NDE, os estudantes atribuíram menor importância à faculdade como cenário para aquisição dessas competências (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Faculdade.



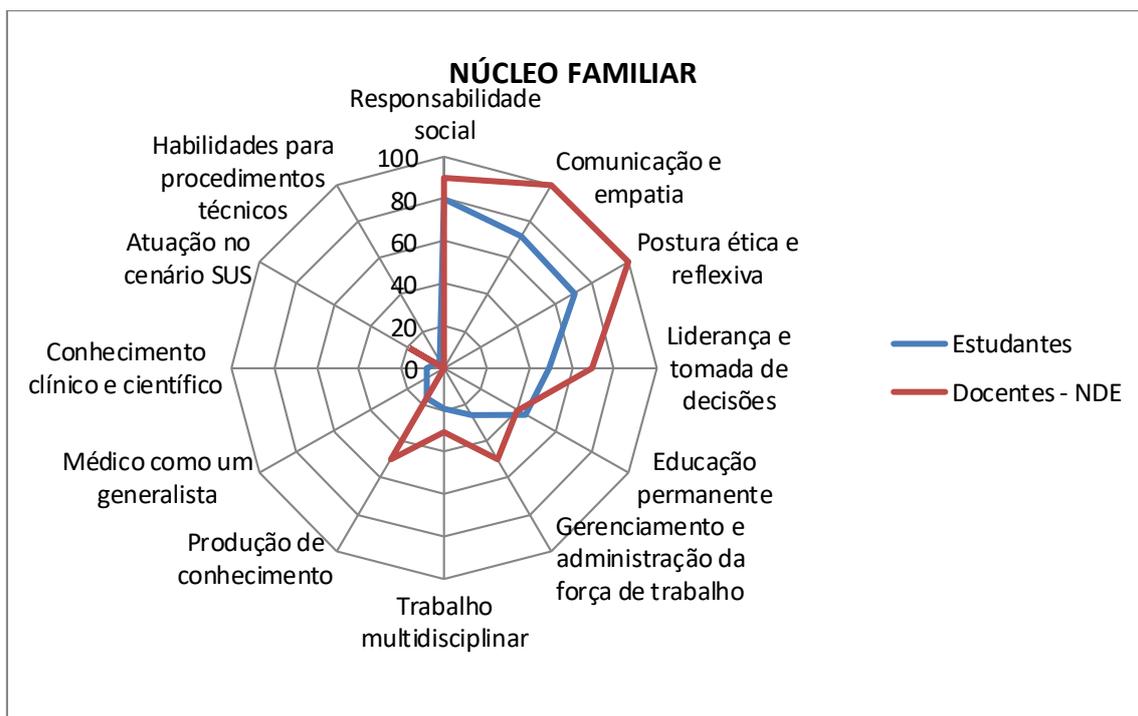
Ao considerar a vida profissional como cenário para aquisição de competências, os estudantes reconheceram "Trabalho multidisciplinar" (79,1%), "Liderança e tomada de decisões" (75,5%); "Gerenciamento e administração da força de trabalho" (72,7%) e "Atuação no cenário SUS" (70,9%). como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada nos quesitos: "Comunicação e empatia" ($p=0,032$), "Educação permanente" ($p=0,030$), "Postura ética e reflexiva" ($p=0,010$) e "Responsabilidade social" ($p=0,006$) onde, diferente dos docentes - NDE, os estudantes atribuem menor importância à vida profissional como cenário para aquisição dessas competências. (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Vida Profissional.



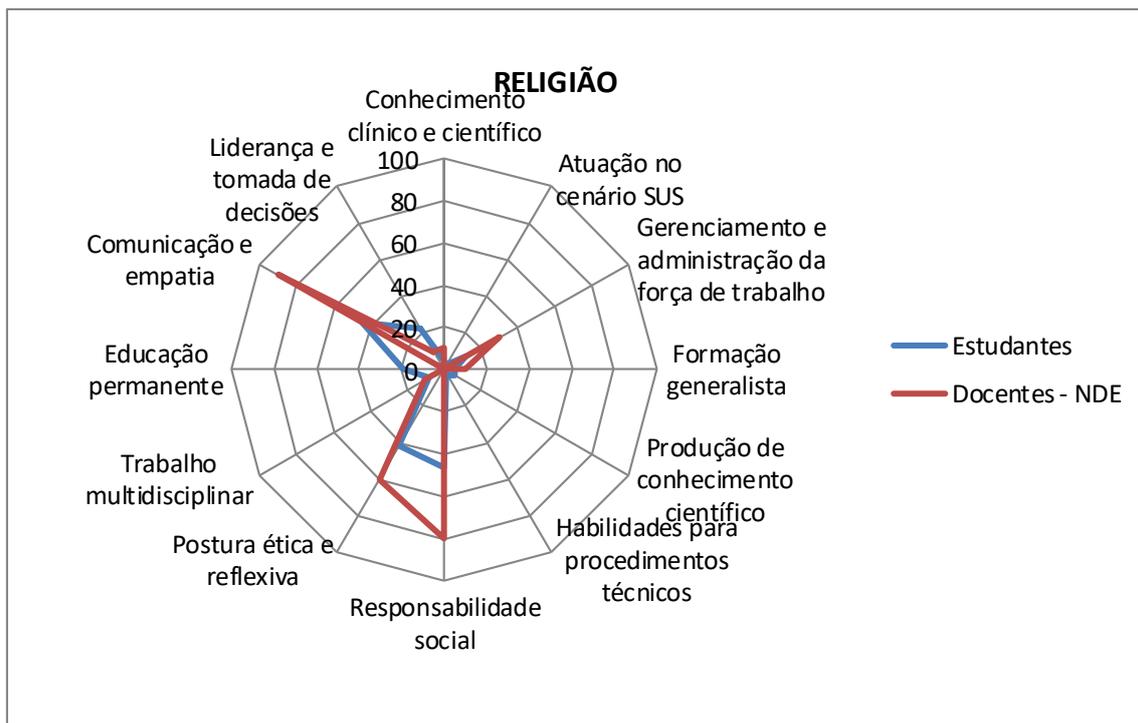
Em relação ao núcleo familiar como cenário para aquisição de competências, estudantes e docentes - NDE reconheceram "Responsabilidade social" (80,0%), "Comunicação e empatia" (71,8%) e "Postura ética e reflexiva" (70,9%) como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada no quesito "Produção de conhecimento" onde, diferente dos docentes - NDE, os estudantes atribuem menor importância ao núcleo familiar como cenário para aquisição dessa competência. (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Núcleo Familiar.



No contexto da religião, os estudantes reconheceram "Responsabilidade social" (46,4%), "Postura ética e reflexiva" (44,5%) e "Comunicação e empatia" (41,8%) como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada no quesito: "Postura ética e reflexiva" ($p=0,007$) onde, comparados aos estudantes, docentes - NDE atribuíram maior importância à religião como cenário para aquisição dessa competência. (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição das frequências de respostas de estudantes ao final do curso e gestores do currículo da FPS a respeito das competências necessárias à formação médica que devem ser adquiridas no cenário: Religião.



DISCUSSÃO

• AVALIAÇÃO DE DIFERENTES CENÁRIOS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS MÉDICAS

Um dos fenômenos mais significativos dos processos sociais contemporâneos é a ampliação do conceito de educação e a ampliação do espectro de atividades educativas, levando, por consequência, a uma diversificação da ação pedagógica na sociedade²¹. Em várias esferas da prática social como a vida acadêmica, profissional, o núcleo familiar e a religião; é ampliada a produção, disseminação de saberes e modos de ação (conhecimentos, conceitos, habilidades, hábitos, procedimentos, crenças, atitudes), levando à práticas pedagógicas. As práticas dessa sociedade genuinamente pedagógica permitem ao indivíduo internalizar competências necessárias ao convívio, que nem sempre são transferíveis através de uma modalidade educacional formal²².

O currículo médico é planejado para modificar e/ou incutir nos estudantes os comportamentos necessários à prática profissional. A percepção dos estudantes a respeito do ambiente de aprendizagem é importante para a efetividade do processo de maturação dessas características, de modo que deve haver congruência entre os objetivos curriculares e o contexto acadêmico²³. Nesta pesquisa, estudantes discordaram dos gestores do currículo em relação ao papel da faculdade enquanto ambiente de aprendizagem para as competências "Postura ética e reflexiva", "Responsabilidade social" e "Gerenciamento e administração da força de trabalho".

A educação médica continuada (EMC) é definida como o conjunto de atividades educacionais que servem para manter, desenvolver ou aumentar o conhecimento, habilidades e comportamentos, que os médicos usam para fornecer cuidados a seus pacientes e à população²⁴. No presente estudo, os estudantes avaliados atribuíram menor conceito ao cenário da vida profissional para a aquisição das competências "Comunicação e empatia", "Educação Permanente", "Responsabilidade Social" e "Postura ética e reflexiva". Os médicos devem aceitar a responsabilidade de sua própria aprendizagem continuada, selecionando metas e atividades educacionais para atingir esses objetivos.

Várias estratégias pedagógicas podem ser utilizadas porém ainda não concluiu-se qual o método mais efetivo.²⁵ Davis et al.²⁶ conclui que as intervenções em EMC comprovadamente otimizam a performance médica, sendo considerada uma estratégia positiva para aquisição de competências ao longo da vida médica.

A educação é uma prática humana, social, que modifica os seres humanos nos seus estados físicos, mentais, espirituais, culturais, que dá uma configuração à nossa existência humana individual e grupal. O pedagogo alemão Schmied-Kowarzik²⁷ descreve:

"A educação é uma função integrante da produção e reprodução da vida social, que é determinada por meio da tarefa natural e, ao mesmo tempo, cunhada socialmente da regeneração de sujeitos humanos, sem os quais não existiria nenhuma práxis social."

Paul Feyerabend, em sua crítica contra o monismo metodológico e a primazia do conhecimento científico sobre as demais formas de conhecimento (religioso, místico, estético...), ressaltou os prejuízos que a falta de atitude crítica traz tanto para o progresso da ciência quanto para a realização da liberdade individual e da potencialidade humana, sob um prisma humanista. No livro "Contra o Método"²⁸ Feyerabend apodera-se de argumentos racionalistas, defende uma atitude pluralista e uma base ética humanística para a epistemologia ao discorrer que não existe um método único para chegar-se ao conhecimento científico. Além disso, ressalta que o conhecimento só atingiu seu estado atual porque nos momentos de grandes mudanças - que resultaram em avanços nesse conhecimento - os cientistas utilizaram de uma atitude pluralista, Feyerabend rompe definitivamente com o racionalismo crítico, ampliando a esfera conceitual do que se entende por conhecimento, levando-se, por consequência, a ampliação contígua do conceito de educação.²⁹

Fica claro que há uma diversidade de práticas educativas na sociedade e, em todas elas, desde que se configurem como intencionais, está presente a ação pedagógica. Nesta "sociedade pedagógica" Beillerot, em 1995 definiu para o pedagogo dois contextos de ação educativa: Escolar e extra-escolar. O campo da atividade pedagógica extra-escolar é extenso e poderia-se incluir toda a gama de agentes pedagógicos que atuam no âmbito

da vida privada e social: pais, parentes, filhos, trabalhadores voluntários em partidos políticos, sindicatos, associações, centros de lazer, etc..³⁰

Nesta pesquisa, estudantes do 6º ano do curso médico e gestores do currículo reconhecem a importância da religião e do núcleo familiar para a aquisição de competências necessárias à formação médica. "Comunicação e empatia", "Responsabilidade social" e "Postura ética e reflexiva" foram as principais características cujo papel de desenvolvimento pode ser atribuível a esses cenários extra-acadêmicos.

No Brasil, o papel da espiritualidade e da religião na relação médico-paciente e na saúde é tema de discussões. Lucchetti et al.³¹, em um estudo multicêntrico com 12 escolas médicas, entrevistou 3630 estudantes e concluiu que, para eles, a espiritualidade e a religiosidade possuem impacto positivo na saúde dos pacientes. Apesar de desejarem maior ênfase no tema em suas práticas clínicas, 48,7% sentiam-se despreparados para lidar com a questão. Ao analisar a opinião de professores e estudantes a respeito do papel da espiritualidade na educação médica, Banin et al.³² reforça os achados do trabalho anterior e acrescenta:

"Em algum ponto de suas carreiras, a maioria dos médicos vai enfrentar situações críticas em que os conflitos espirituais surgirão (ex: Testemunhas de Jeová, que são proibidas de receber transfusões sanguíneas, ateus, pacientes pedindo para orar com o médico e decisões no fim-da-vida). Entretanto, médicos devem saber como agir quando chamados e estarem aptos à pôr em prática suas experiências prévias ou treinar novas situações (a prática reflexiva).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A escolha do autor na seleção dos sujeitos restringiu o grupo docente aos que faziam parte do Núcleo Docente Estruturante - apenas 11 indivíduos. Essa decisão, apesar de comprometer a homogeneidade das amostras e diminuir o poder estatístico, foi necessária diante da importância deste grupo de sujeitos no processo de tomada de decisões dentro do manejo curricular.

CONCLUSÃO

Estudantes ao final da graduação médica avaliam as competências: "Postura Ética e Reflexiva", "Responsabilidade Social" e "Gerenciamento e Administração da Força de Trabalho" como as competências menos adquiríveis no cenário pedagógico "Faculdade".

Os graduandos reconhecem, respectivamente, "Trabalho multidisciplinar" (79,1%) e "Liderança e tomada de decisões" (75,5%) como as principais competências a serem adquiridas no cenário da vida profissional. Diferente dos docentes - NDE, os estudantes atribuem menor importância à vida profissional como cenário para o desenvolvimento de "Comunicação e empatia" ($p=0,032$), "Educação permanente" ($p=0,030$), "Postura ética e reflexiva" ($p=0,010$) e "Responsabilidade social" ($p=0,006$).

O núcleo familiar e a religião foram melhor conceituados por estudantes e docentes – NDE como cenários para o desenvolvimento das competências: "Responsabilidade social", "Comunicação e empatia" e "Postura ética e reflexiva".

Ambos concordam que cenários de aprendizagem extra-acadêmicos como a vida profissional, o núcleo familiar e a religião possuem papel importante na aquisição de competências necessárias à formação médica.

BIBLIOGRAFIA

1 - Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

2 - Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília, DF: O Ministério; 1986. [acessado em: 18 fev 2014]. Disponível em: URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

3 - Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev. bras. educ. med., Dez 2008, vol.32, no.4, p.492-499. ISSN 0100-5502

4 - Brasil. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 292, de 14/11/1962. Estabelece as diretrizes mínimas para os cursos de educação superior no Brasil.

5 - Pilon AF. Desarrollo de la educación en salud - una actualización de conceptos. Rev.Saúde públ. São Paulo: 20: 391-6; 1986.

6 - Association of American Medical Colleges. Physicians for the Twenty-First Century, The GPEP Report. Report of The Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine (Washington, D.C., AAMC), 1984.

7 - Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 1985. (Publicación Científica No. 483).

8 - General Medical Council Education Committee . Report of a survey of medical education practices in United Kingdom medical schools. . London: GMC, 1988..

9 - European Office of the World Health Organization and the World Federation for Medical Education. Summary report: Ministerial consultation for medical education in Europe. . Copenhagen. WHO, 1988. EUR/ICP/HMD 115(8).

10 - World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education. "The Edinburgh Declaration". Edinburgh, 12 August 1988. J Med Edu., 22, pp. 481-2.

11 – Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL. 2v. 1999.

12 - Bland CJ, Starnaman S, Harris D, Henry R, Hmebroff L. "No Fear" Curricular Change: Monitoring Curricular Change in the W.K. Kellogg Foundation's National Initiative on Community Partnerships and Health Professions Education. Acad. Med. 75 (6), 2000.

13 - Barbieri FB. A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde. Londrina. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual de Londrina; 2006.

14 - Boelen C. The challenge of changing medical education and medical practice. World Health Forum. Educational Development of Human Resources for Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland: 14(3): 213-6; discussion 231-52; 1993.

15 - Ferreira JR. Educación, practica medica y necesidades sociales una nueva visión de calidad. Conferência inaugural do Encontro Continental da Educação Médica, Punta del Este, Uruguay: ALAFEM, FEPAFEM; 1994.

16 - Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 9 nov 2001; Seção 1: 238.

17 – Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União 23 de dez de 1996; Seção1: 27839.

18 – Cezar PH, Guimarães FT, Gomes AP, Rôças G, Siqueira-Batista R. Transição Paradigmática na Educação Médica: Um Olhar Construtivista Dirigido à Aprendizagem Baseada em Problemas. *Rev. bras. educ. med.* 34(2): 298-308; 2010.

19 - Dias EC, Silveira AM, Chiavegatto CV, Resende NP. "O Ensino das Relações Trabalho-Saúde-Doença na Escola Médica: Percepção de alunos e Proposta de Aperfeiçoamento na UFMG." *Rev bras. educ. med.* 30(1): 20-6; 2006.

20 - Faculdade Pernambucana de Saúde. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Recife/PE. 2011.

21 - Libâneo JC. *Pedagogia e pedagogos: inquietações e buscas.* Curitiba: Ed. Educ. 17: 153-176; 2001.

22 - Cutolo LRA, Cesar AI. "Percepção dos Alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC Sobre a Concepção Saúde-Doença das Práticas Curriculares." *Arq Catar Med.* 32(4): 75-89, 2003.

23 – Biddle WB, Smith DU, Tremonti L. Congruence between curriculum goals and students' perceptions of learning environment. *J Med Educ.* 60: 627–34, 1985.

24 - Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA.* 274: 700-5, 1995.

25 - Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson L, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *AHRQ Publication.* 07-E006; 2007.

26 - Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the Effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA.* 268(9): 111-7; 1992.

27 - Schimied-Kowarzik, W. *Pedagogia Dialética.* São Paulo: Ed. Brasiliense; 1983.

28 - Feyerabend, P. Contra o método. Tradução: Octanny da Mota e Leonidas Hegenberg. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.

29 - A epistemologia anarquista de Paul Feyerabend. PUC-Rio - Certificação Digital N° 0210601/CA. Acessado no dia 19/02/2014 através do endereço: www2.ufpa.br/ensinofts/artigo3/paulfeyerabend.pdf

30 - Beillerot J. A sociedade pedagógica. Porto: Rés, 1995.

31 - Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG. Medical students spirituality and religiousity-results from the multicenter study SBAME. BMC Med. Educ. 13(62): 1-8; 2013.

32 - Banin LC, Suzart NB, Banin, VB, Mariotti LL, Guimarães FG, Lucchetti G. Spirituality, do teachers and students hold the same opinion? Clin. Teach. 10: 3-8; 2013.

12. ANEXOS

12.1. ANEXO A: DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3227 - 12 intitulado “**Importância dos conteúdos do currículo e das competências necessárias à formação médica na percepção de docentes e estudantes ao final do curso, em uma escola médica do nordeste do Brasil**”. Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Francisco Candido Monteiro Cajueiro** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 10 de outubro de 2012

Recife, 11 de outubro de 2012


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

ARTIGO:

Avaliação da importância de diferentes cenários para a aquisição de competências profissionais - percepção de gestores e estudantes de uma escola médica do nordeste brasileiro.

Autores: Francisco Candido Monteiro Cajueiro¹, Gilliat Hanois Falbo Neto², Claudia Diniz Lopes Marques³, David Gomide Pinto⁴.

RESUMO

Cenário: A missão institucional das escolas médicas brasileiras deve compartilhar os valores preconizados nas DCN/2001 que, integrados à cultura organizacional, norteará os esforços e ideais de professores e alunos em um objetivo educacional comum. O currículo médico é planejado para modificar e/ou inculcar nos estudantes os comportamentos necessários à prática profissional. Em várias esferas da prática social como a vida acadêmica, profissional, o núcleo familiar e a religião; é ampliada a produção, disseminação de saberes e modos de ação (conhecimentos, conceitos, habilidades, hábitos, procedimentos, crenças, atitudes), levando à práticas pedagógicas.

Objetivo: Avaliar a percepção de gestores do currículo e estudantes de medicina a respeito da importância dos cenários: faculdade, vida profissional, núcleo familiar e religião como cenários de aprendizagem para a aquisição das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, de corte transversal e metodologia quantitativa. A população do estudo foi composta por 129 estudantes cursando o 6º ano do curso médico da Faculdade Pernambucana de Saúde e onze docentes que integram o Núcleo Docente Estruturante (NDE). A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012.

Resultados: Levando em consideração a faculdade como cenário para aquisição de competências, os estudantes reconheceram "Conhecimento clínico e científico" (95,5%); "Habilidades para procedimentos técnicos" (83,6%); "Produção de

conhecimento científico" (80,9%); "Formação generalista" (78,2%) e "Comunicação e empatia" (72,7%) como as principais competências a serem adquiridas neste ambiente de ensino-aprendizagem. Diferença estatisticamente significativa entre as amostras foi encontrada nos quesitos: "Postura ética e reflexiva" ($p=0,030$), "Responsabilidade social" ($p=0,013$) e "Gerenciamento e administração da força de trabalho" ($p=0,044$) onde, comparados aos docentes - NDE, os estudantes atribuíram menor importância à faculdade como cenário para aquisição dessas competências.

Os graduandos reconhecem, respectivamente, "Trabalho multidisciplinar" (79,1%) e "Liderança e tomada de decisões" (75,5%) como as principais competências a serem adquiridas no cenário Vida Profissional.

Núcleo Familiar e a Religião foram melhor conceituados por estudantes e docentes – NDE como cenários para o desenvolvimento das competências: "Responsabilidade social", "Comunicação e empatia" e "Postura ética e reflexiva".

Conclusão: Estudantes ao final da graduação médica avaliam as competências: "Postura Ética e Reflexiva", "Responsabilidade Social" e "Gerenciamento e Administração da Força de Trabalho" como as competências menos adquiríveis no cenário pedagógico "Faculdade". Gestores do currículo e estudantes concordam que cenários de aprendizagem extra-acadêmicos como a vida profissional, o núcleo familiar e a religião possuem papel importante na aquisição de competências necessárias à formação médica.

MATRIZ CURRICULAR, COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À FORMAÇÃO MÉDICA E O PAPEL DE DIFERENTES CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM NA PERCEPÇÃO DE GESTORES E ESTUDANTES DE UMA ESCOLA MÉDICA DO NORDESTE BRASILEIRO.

RESUMO

Cenário: No Brasil, a criação de um sistema de saúde contra-hegemônico no final do século XX, o Sistema Único de Saúde – pautado em princípios éticos e humanísticos – emergiu a necessidade social da formação de um novo profissional médico. O desafio dos gestores da educação é expressar o perfil proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais/2001 (DCN/2001) para formar médicos aptos a atuar no SUS, utilizando os conhecimentos pedagógicos em educação médica para traduzir no currículo uma proposta transformadora para esta realidade.

Objetivo: Avaliar a percepção de gestores do currículo e estudantes de medicina a respeito da importância dos módulos que compõem a matriz curricular e das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica, identificando os principais cenários onde essas competências devem ser adquiridas.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, de corte transversal e metodologia quantitativa. A população do estudo foi composta por 129 estudantes cursando o 6º ano do curso médico da Faculdade Pernambucana de Saúde e onze docentes que integram o Núcleo Docente Estruturante (NDE). A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012.

Resultados: Em relação à importância das competências necessárias à formação médica, em todos os quesitos estudantes (variação de Ranking Médio de 3,81 a 4,82) e docentes - NDE (variação de Ranking Médio de 4,40 a 5,00) opinaram de forma convergente. "Conhecimento clínico e científico" (RM 4,82), "Postura ética e reflexiva" (RM 4,71), "Educação permanente (RM 4,64), "Comunicação e empatia" (RM 4,63) e "Formação generalista" (RM 4,59) foram as competências mais conceituadas entre os estudantes.

Ao avaliar a matriz curricular, diferente das avaliações dos docentes que integram o NDE, os estudantes atribuíram, com significância estatística, menor importância à formação médica aos módulos dos eixos doutrinários "Atitudes e Relações Humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade", respectivamente: Bioética (7,05 DP 2,53, $p=0,012$), Metodologia científica e Pedagogia (6,85 DP 2,44, $p=0,001$), Deontologia médica (6,72 DP 2,37, $p=0,009$), Bases filosóficas da ética (6,72 DP 2,39, $p=0,001$), Estudo da desigualdade (6,19 DP 2,40, $p<0,001$), Teologia (5,74 DP 2,89, $p=0,002$), Introdução a Filosofia (5,64 DP 2,80, $p=0,001$), Integrações e práticas de humanização (5,27 DP 2,97, $p<0,001$), Filosofia da ciência (5,23 DP 2,55, $p<0,001$) e Psicoterapia (5,18 DP 2,72, $p=0,002$).

Levando em consideração a faculdade como cenário para aquisição de competências; "Postura ética e reflexiva" (65,5%), "Responsabilidade social" (60,9%), "Liderança e tomada de decisões" (59,1%), "Atuação no cenário SUS" (57,3%) e "Gerenciamento e administração da força de trabalho" (43,6%) foram os atributos menos citados como passíveis de aquisição através do meio acadêmico pelos alunos.

Conclusão: Gestores e estudantes concordam com a importância das competências propostas pelas DCN/2001 para a formação médica, porém ao avaliar a matriz curricular, os estudantes atribuem menor importância aos módulos dos eixos doutrinários: "Atitudes e Relações humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade" para a formação profissional. Ambos concordam que cenários de aprendizagem extra-acadêmicos como a vida profissional, o núcleo familiar e a religião possuem papel importante na aquisição de competências necessárias à formação médica.

Palavras-chave: Educação Médica, Currículo, Escolas Médicas, Competências Profissionais, Estudantes de Medicina, Docentes de Medicina, Conduta na Prática dos Médicos.

Competências necessárias à formação médica e a matriz curricular - percepção de gestores e estudantes de uma escola médica do nordeste brasileiro.

Autores: Francisco Candido Monteiro Cajueiro¹, Gilliat Hanois Falbo Neto², Claudia Diniz Lopes Marques³, David Gomide Pinto⁴.

RESUMO

Cenário: No Brasil, a criação de um sistema de saúde contra-hegemônico no final do século XX, o Sistema Único de Saúde – pautado em princípios éticos e humanísticos – emergiu a necessidade social da formação de um novo profissional médico. O desafio dos gestores da educação é expressar o perfil proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais/2001 (DCN/2001) para formar médicos aptos a atuar no SUS, utilizando os conhecimentos pedagógicos em educação médica para traduzir no currículo uma proposta transformadora para esta realidade.

Objetivo: Avaliar a percepção de gestores do currículo e estudantes de medicina a respeito da importância dos módulos que compõem a matriz curricular e das competências preconizadas pelas DCN/2001 para a formação médica.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, de corte transversal e metodologia quantitativa. A população do estudo foi composta por 129 estudantes cursando o 6º ano do curso médico da Faculdade Pernambucana de Saúde e onze docentes que integram o Núcleo Docente Estruturante (NDE). A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2012.

Resultados: Em relação à importância das competências necessárias à formação médica, em todos os quesitos estudantes (variação de Ranking Médio de 3,81 a 4,82) e docentes - NDE (variação de Ranking Médio de 4,40 a 5,00) opinaram de forma convergente. "Conhecimento clínico e científico" (RM 4,82), "Postura ética e reflexiva" (RM 4,71), "Educação permanente (RM 4,64), "Comunicação e empatia" (RM 4,63) e "Formação generalista" (RM 4,59) foram as competências mais conceituadas entre os estudantes.

Ao avaliar a matriz curricular, diferente das avaliações dos docentes que integram o NDE, os estudantes atribuíram, com significância estatística, menor importância à formação médica aos módulos dos eixos doutrinários "Atitudes e Relações Humanas" e

"Ética da Vida e da Liberdade", respectivamente: Bioética (7,05 DP 2,53, $p=0,012$), Metodologia científica e Pedagogia (6,85 DP 2,44, $p=0,001$), Deontologia médica (6,72 DP 2,37, $p=0,009$), Bases filosóficas da ética (6,72 DP 2,39, $p=0,001$), Estudo da desigualdade (6,19 DP 2,40, $p<0,001$), Teologia (5,74 DP 2,89, $p=0,002$), Introdução a Filosofia (5,64 DP 2,80, $p=0,001$), Integrações e práticas de humanização (5,27 DP 2,97, $p<0,001$), Filosofia da ciência (5,23 DP 2,55, $p<0,001$) e Psicoterapia (5,18 DP 2,72, $p=0,002$).

Conclusão: Gestores e estudantes concordam com a importância das competências propostas pelas DCN/2001 para a formação médica, porém ao avaliar a matriz curricular, os estudantes atribuem menor importância aos módulos dos eixos doutrinários: "Atitudes e Relações humanas" e "Ética da Vida e da Liberdade" para a formação profissional. Os estudantes demonstram assim, resistência às mudanças do paradigma curricular.

Palavras-chave: Educação Médica, Currículo, Escolas Médicas, Competências Profissionais, Estudantes de Medicina, Docentes de Medicina, Conduta na Prática dos Médicos.