



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ADRIANA CARDOSO FREITAS

**Nós aprendemos na universidade o que as Diretrizes
Curriculares preconizam?**

Aracaju-SE

2013

ADRIANA CARDOSO FREITAS

**Nós aprendemos na universidade o que as Diretrizes
Curriculares preconizam?**

Monografia apresentada ao colegiado
do curso de Medicina da Universidade
Federal de Sergipe como requisito
parcial para obtenção do grau de
bacharel em Medicina.

Orientador:

Prof. Marco Antonio Prado Nunes

Aracaju-SE

2013

ADRIANA CARDOSO FREITAS

**Nós aprendemos na universidade o que as Diretrizes
Curriculares preconizam?**

Monografia apresentada ao colegiado
do curso de Medicina da Universidade
Federal de Sergipe como requisito
parcial para obtenção do grau de
bacharel em Medicina.

Aprovada em ____ / ____ / ____

Orientador: Prof. Marco Antonio Prado Nunes

Autora: Adriana Cardoso Freitas

BANCA EXAMINADORA

Aracaju – SE

2013

AGRADECIMENTOS

Ao Movimento Estudantil de Medicina (CAMED / DENEM) por ter sido o “cupido” que despertou a minha paixão pela Educação Médica.

À professora Ana Débora pelo incentivo, desde sempre, em realizar uma produção científica voltada para melhorias da formação médica com o objetivo de fortalecer nosso Sistema de Saúde.

Aos amigos e companheiros de militância e colaboradores Vanessa, Luís Filipe (Poli), Nicolas, Felipe (Furão), Alisson, Marcos, Fernanda, Pérola e Monnike pela grande ajuda desde a definição do tema até a trabalhosa coleta de dados.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marco Prado, por ter tornado minha iniciação científica prazerosa e estimulante através da sua amizade, paciência e dedicação a este trabalho.

À minha mãe pela compreensão da minha ausência nos momentos de isolamento dedicados à execução deste trabalho.

SUMÁRIO

REVISÃO DE LITERATURA.....	5
Referências Bibliográficas	16
 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	 18
 ARTIGO ORIGINAL	
Título	25
Resumo	25
Abstract	26
Introdução	26
Métodos	27
Resultados	29
Discussão	30
Conclusões	32
Referências Bibliográficas	33
Tabelas	36

1. REVISÃO DE LITERATURA

I. As expectativas do ser médico

Desde os primeiros séculos de colonização do Brasil, quando o ensino e exercício da medicina ocorriam de maneira predominantemente informal através de boticários, cirurgiões-barbeiros, curandeiros, pajés e jesuítas (CUTOLO,2003b), até os dias atuais, quando a alta tecnologia é sua grande aliada, a sociedade estabelece inúmeras atribuições ao profissional médico, o que traz como consequência, a sacralização do seu trabalho (RAMOS-CERQUEIRA,2002). As funções de diagnosticar as doenças e viabilizar a cura através da integração de conhecimentos teóricos, posturas, valores, atributos, habilidades e de uma consciência clara sobre o contexto social, político, econômico e cultural são socialmente atribuídas ao papel médico. Um profissional competente tem que ser capaz de perceber as inquietações de cada paciente dentro do seu contexto, sempre mantendo uma mentalidade afetiva com atitudes altruístas e desinteressadas (CIUFFO, 2008; RAMOS-CERQUEIRA, 2002). Além disso, deve ter a capacidade de adaptar-se a situações tão variadas, que no seu período de formação seria quase impossível prever; mas, que ao dominar a técnica, ele deve se tornar apto a avaliar novas situações e enfrentá-las com criatividade, utilizando-se da educação permanente como uma ferramenta que lhe permitirá aprender progressivamente enquanto trabalhar (BLANK, 2006; CIUFFO, 2008).

Desde cedo o estudante entra em contato com o endeusamento simbólico do médico que acaba por marcar sua escolha profissional. Estudos mostram que, como reflexo do conceito social da medicina, os alunos que ingressam na profissão costumam expressar essa sacralização nas suas expectativas de que o médico deve ter como características ser inteligente, estudioso, sensível, seguro, inspirar confiança, saber dosar trabalho e lazer, estar sempre disponível, ser competente tecnicamente e saber compreender o paciente. O conflito que se dá entre a idealização do papel médico e a realidade da formação profissional não é pequeno. Apesar dos diferentes graus de sofrimento emocional vividos durante o processo de formação, ao fim do curso, os novos médicos realizam o juramento Hipocrático perante a sociedade ratificando essa posição de divindade “... Mantereí a minha vida e a minha arte com pureza e santidade; qualquer

que seja a casa em que penetre, entrarei nela para beneficiar o doente; evitarei qualquer ato voluntário de maldade ou corrupção...” (RAMOS-CERQUEIRA,2002)

Apesar de toda essa carga divina socialmente atribuída à medicina, nas últimas décadas o exercício desta profissão, e consequentemente o ensino médico, tem sido motivo de preocupação e discussão não só no Brasil como em toda a América Latina (ALBINO,2004; CUTOLO,2003).

II. O currículo de medicina: De Flexner aos dias atuais

O final do século XIX foi marcado pelo avanço científico e com isso, a substituição do empirismo, em que a aprendizagem acontecia através da tentativa e do erro, pelo método científico. A rápida proliferação de práticas assistenciais forçou à reflexão de um processo de contenção regulamentada (GONZÁLEZ, 2010), culminando no convite do governo americano, através da Fundação Carnegie dos Estados Unidos, a Abraham Flexner, professor da Universidade Johns Hopkins, para desenvolver uma primeira grande avaliação da educação médica em seu país e no Canadá, no começo do século XX (ALBINO, 2004; GONZÁLEZ, 2010; KOIFMAN, 2002). O objetivo da avaliação era dar ao ensino médico uma base científica sólida. O resultado dessa avaliação foi a publicação, em 1910, do Relatório Flexner (“Medical Education in the United States and Canada – a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”), que, articulado pela American Medical Association, teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas nos Estados Unidos por não cumprirem a nova proposta para o ensino (ALBINO, 2004; GONZÁLEZ, 2010; KOIFMAN, 2002).

De uma maneira geral, as propostas decorrentes do Relatório Flexner consignaram um modelo de ensino médico cujas principais características foram: a segmentação em ciclos básico e profissional, sendo sólida a formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso, centrada no ensino das disciplinas biológicas e nas práticas de laboratório; pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde; valorização da aprendizagem em sua maior parte do tempo dentro do ambiente hospitalar; organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade através das disciplinas; recomendação para que o hospital de ensino contasse com número grande de leitos para cada aluno, dentre outras (ALBINO, 2004; BULCÃO, 2007; GONZÁLEZ, 2010; TAVARES, 2007).

Embora tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas (KOIFMAN, 2002). Os novos valores sugeridos pela reforma Flexner e impostos pela Fundação Rockefeller modificaram, por sua vez, não só a prática clínica e a investigação diagnóstica, como também a visão do processo de adoecimento, todos diretamente relacionados ao conhecimento científico e à pesquisa (BULCÃO, 2007).

O Relatório Flexner, além de influenciar o ensino norte-americano, fixando rigorosas diretrizes, influenciou a prática médica mundial, consolidando o paradigma da medicina científica, que orientou e que ainda orienta em muitos lugares o ensino e as práticas profissionais na área da saúde ao longo de todo o século XX e início do século XXI (GONZÁLEZ, 2010; KOIFMAN, 2002; TAVARES, 2007).

Como resultante da hegemonia norte-americana que se estendia não só ao terreno político e econômico, mas também aos hábitos de vida, às produções culturais, técnicas, científicas e à educação, as idéias produzidas naquele país e os modelos profissionais passaram a ser paradigma para quase todo o mundo, em especial para os países da América Latina, levando-se em conta a proximidade geográfica (BULCÃO, 2007).

Com relação ao ensino médico, essa influência passou a vigorar na América Latina desde a segunda metade do século 20, especialmente através da incorporação, nas universidades, das concepções da Reforma Flexner, que instituiu a formação cientificista, focalizando a formação acadêmica no processo curativo-individual (BULCÃO, 2007; KOIFMAN, 2002; NETO, 2006).

O modelo flexneriano começou a ser implantado no Brasil na década de 40, influenciando os novos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, além de reformular os cursos já existentes (GONZÁLEZ, 2010). Sua consolidação, no entanto, se deu a partir da década de 50, após o término da Segunda Guerra Mundial, quando ao sobrepujar as influências até então predominantes da França e Alemanha, as recomendações daquele Relatório passaram a ser integralmente aplicadas no Brasil como consequência das fortes dependências econômica e cultural em relação aos Estados Unidos geradas pela guerra (ALBINO, 2004). O Brasil, até 1950, tinha 16

cursos de medicina. Entre 1950 e 1971, surgiram mais 59 faculdades que, por orientação federal, seguiram o modelo flexneriano (KOIFMAN, 2002).

A estratégia da Fundação Rockefeller foi eficaz devido à sua atuação direta nas escolas de medicina, tanto através do fornecimento de bolsas de estudos para formação de professores brasileiros em universidades americanas, como através da captação de intelectuais norte-americanos que para cá vieram exercer atividades principalmente no âmbito das ciências biomédicas. O modelo de instituição de formação médica que se desejava alcançar consistia, fundamentalmente, em salas de aula, laboratórios, anfiteatros e alas administrativas, bem como no pleno funcionamento do tempo integral e da pesquisa nas disciplinas pré-clínicas (área das ciências básicas) (BULCÃO, 2007).

Além disso, tornou-se obrigatório o ensino centrado no hospital, oficializando assim a separação entre ciclo básico e profissional. Os Hospitais de Clínicas tornaram-se parte do ideário de formação médica e característica de um ensino de boa qualidade, seguindo a lógica do complexo médico-industrial (BULCÃO, 2007; KOIFMAN, 2002; NOGUEIRA, 2009). No fim da década de 1960, os efeitos da intensificação do progresso tecnológico na área da saúde passaram a influenciar diretamente as estruturas das grades curriculares. O processo de desenvolvimento das especialidades médicas ocasionou impacto imediato na organização do ensino de graduação, pois a sua introdução nas grades curriculares iniciou o processo de fragmentação do conhecimento médico (BALDACCI, 2000; BULCÃO, 2007). Podemos entender essa fragmentação como originada nos avanços tecnológicos e científicos e na mercantilização da Medicina que, reforçada pela organização econômica característica do capitalismo, atende mais aos anseios financeiros da indústria farmacêutica e de equipamentos do que às necessidades de saúde da população (BALDACCI, 2000; CIUFFO, 2008).

A postura epistemológica de Flexner foi, para a época, inovadora e não podemos negar os seus méritos, num momento em que a medicina acabara de transitar da magia e da teologia para a ciência (ALBINO, 2004). No entanto, com essa modernização passou-se a dar prioridade a aspectos predominantemente informativos da educação - como aulas expositivas e avaliações teóricas, de forma fragmentada e pouco produtora - e foi estabelecido um modelo formador que fragmentava o conhecimento por meio do estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, estimulando a especialização profissional e atendendo aos interesses do complexo médico-industrial (BLANK, 2006; KOIFMAN,

2002; NOGUEIRA, 2009). Esse “cientificismo tecnológico” - onde os equipamentos e a fragmentação do ser em especialidades predominam, apesar de ter trazido grandes avanços à saúde, trouxe também prejuízos ao imprimir no médico em formação características mecanicistas, biologicistas e individualizantes, difundindo a idéia equivocada de que pouca reflexão é necessária à prática médica e de que medicina é ciência sem arte associada (ALBINO, 2004; BLANK, 2006; CUTOLLO, 2003b, KOIFMAN, 2002).

Quase um novo século teria que transcorrer para que se percebesse que este modelo necessitava ser revisto dentro de um novo olhar científico, que passasse a valorizar também as relações humanas e sociais dentro do ensino médico (ALBINO, 2004). Embora a concepção flexneriana ainda seja hegemônica na formação médica, tendemos hoje, à busca da integralidade no cuidado, baseada no conceito ampliado de saúde, tendo como consequência reformulações curriculares no ensino e iniciativas de mudanças nas políticas públicas desse campo (CIUFFO, 2008).

As propostas de mudanças no sistema de saúde, em especial a que está relacionada aos cuidados básicos com a saúde, não vêm sendo incorporadas adequadamente pelos atuais currículos dos cursos de medicina. A educação médica no Brasil parece não valorizar o alcance de objetivos coerentes com a realidade social, nem elaborar planejamentos eficazes nesse sentido. O ensino médico no Brasil e no mundo vem sendo analisado e debatido pelos profissionais da área médica, pelos meios de comunicação e pela sociedade em geral. Há, de certa forma, um consenso quanto à insatisfação no atendimento da população e quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica (KOIFMAN, 2002).

III. A CINAEM

No Brasil, desde a década de 60 do século XX já se começava a discutir a avaliação institucional (KOIFMAN, 2002). Com o objetivo de desenvolver o processo de formação médica no Brasil, em 1963 foi criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), entidade que trabalha, até os dias atuais, junto a organismos governamentais e instituições de ensino de medicina promovendo assessorias (CUTOLO, 2003a).

Demonstrando a força da categoria médica e sua postura compromissada, em 1991, a ABEM e o Conselho Federal de Medicina constituíram, com mais nove instituições relacionadas ao ensino e à prática médica no Brasil, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), com o objetivo de avaliar o ensino nas escolas médicas e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde (ALBINO, 2004; GARCIA, 2007; GONZÁLEZ, 2010; NOGUEIRA, 2009).

Esta iniciativa atingiu uma importante parcela dos docentes e um contingente bastante significativo dos estudantes, além de funcionários, entidades médicas e conselhos de saúde que, em um espaço polifônico conseguiram colocar em movimento um número representativo de atores e sujeitos (GARCIA, 2007; GONZÁLEZ, 2010).

A CINAEM desenvolveu um projeto que contava com três fases:

Primeira Fase: destinada ao levantamento do perfil das escolas médicas brasileiras por meio de um instrumento adaptado do protocolo de avaliação elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O resultado final concluiu que o médico não se formava com a competência mínima para atender às demandas da saúde da população, e com isso gerou-se um processo de mudança obrigatório (SOUZA, 2011).

Segunda Fase: baseou-se não só nas pesquisas como também em ações concretas, por meio de oficinas e treinamento de docentes e discentes, focando em questões importantes identificadas nos resultados da primeira fase, como métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente, e a proposta curricular (GONZÁLEZ, 2010; NOGUEIRA, 2009).

Ao final desta segunda etapa, formalizou-se a entrega dos relatórios de trabalho aos ministros de Educação e Saúde. As sucessivas avaliações das escolas médicas promovidas pelo Ministério da Educação e pela CINAEM evidenciaram resultados insatisfatórios, tais como: currículos arcaicos com carga horária excessiva; falta de articulação teórico-prática e entre os ciclos básico e clínico; despreparo docente; baixa produção de conhecimentos; prática profissional individualizada e impessoal; predomínio da concepção tradicional de ensino baseado na transmissão do conhecimento e na experiência do professor, na supervalorização dos conteúdos e no papel passivo do aluno no processo de aprendizagem (CUTOLLO, 2003a; GARCIA,

2007; GONZÁLEZ, 2010). De acordo com um dos estudos da CINAEM, os recém-graduados em medicina no Brasil terminam o curso com apenas metade dos conhecimentos que deveriam ter, o que faz com que a residência médica passe a ser a continuidade natural da graduação (OLIVEIRA, 2008).

Terceira Fase: também denominada “Transformação do ensino médico no Brasil”, teve início em 1998 e contou com adesão significativa das escolas médicas, objetivando a melhor adequação da formação frente às necessidades de saúde da população (GONZÁLEZ, 2010; NOGUEIRA, 2009). Com a conclusão da terceira etapa, a CINAEM conseguiu apontar sugestões consistentes para a reformulação do ensino da medicina (GONZÁLEZ, 2010) e as estratégias implantadas vêm sendo avaliadas durante os congressos anuais da ABEM (ALBINO, 2004).

A partir de então, um novo conceito começou a ser perseguido no processo educacional universitário e a base deste, certamente, foi que a Universidade deve responder às demandas da sociedade, e não as suas próprias conveniências, o que a tornaria supérflua e dispensável. Em qualquer área, o requisito fundamental passou a ser a formação de recursos humanos com perfil adequado às necessidades sociais, utilizando-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem que propiciassem ao educando a capacidade de aprender a aprender, de tomar decisões em cenários difíceis, trabalhar em equipe multiprofissional, comunicar-se, ter agilidade diante das situações e apresentar capacidade propositiva (ALBINO, 2004).

Para garantir a normatização desses novos paradigmas da formação médica, exigiu-se a formulação e o desenvolvimento de novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação do País (GARCIA, 2007).

IV. As Escolas Médicas Brasileiras

Há mais de 50 anos o ensino médico tem sido motivo de preocupação em todo o mundo (ALBINO, 2004; NOGUEIRA, 2009), pois existe o consenso de que há necessidade de reformulação de alguns aspectos da formação com o objetivo de satisfazer as demandas sociais atuais (NOGUEIRA, 2009; OLIVEIRA, 2011).

Nas universidades da América Latina, as últimas duas décadas foram marcadas por processos de discussões e reformas de ensino superior, além de reformulações de cursos

e grades curriculares (KOIFMAN, 2002). Nos cursos médicos do Brasil não foi diferente, tendo havido uma predominância nas tentativas de adoção de mudanças curriculares, o que provavelmente tem acontecido pela compreensão geral da necessidade urgente de modificações tanto no processo formativo quanto avaliativo da educação médica (OLIVEIRA, 2011).

As análises dos conteúdos programáticos das escolas médicas brasileiras, realizada pela CINAEM na década de 90, confirmaram que a maioria dos cursos eram divididos em ciclos básico, clínico, préclínico e internato, possuindo ensino departamental, com pouca integração de conhecimento e centrado na doença. Além disso, a prioridade era o conhecimento técnico do aluno em detrimento das habilidades e da relação com o paciente, contando ainda com baixa titulação dos docentes, pouca pesquisa, estimulação à especialização precoce do aluno e utilização acrítica da tecnologia e da prática neoliberal (ALBINO, 2004; CUTOLLO, 2003a).

V. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)

O perfil dos egressos da formação superior na área da saúde passou e ainda passa, por ampla discussão dentro do cenário brasileiro (GONZÁLEZ, 2010). A insatisfação de usuários do sistema de saúde expressada pelos movimentos sociais encontrou eco nas lideranças acadêmicas, organizadas em torno da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica (CINAEM), e da Rede UNIDA (AGUIAR, 2001; GONZÁLEZ, 2010). Sucessivos fóruns de discussão congregaram alunos, docentes e gestores, acumulando credibilidade e adquirindo legitimidade perante a sociedade e o governo federal. Isto levou o Ministério da Educação a assumir o compromisso de encaminhar ao Conselho Nacional de Educação (CNE) diretrizes curriculares para a educação médica que colocassem em pauta o estabelecimento de um novo pacto entre escolas médicas e sociedade (AGUIAR, 2001; CIUFFO, 2008).

Homologadas em 2001, pelo CNE, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médico (DCN) definiam princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, no que tange a organização, desenvolvimento e avaliação das propostas pedagógicas (ALBINO, 2004; SOUZA, 2011). As DCN tinham como

premissa modificar os cursos da área da saúde até 2004 para que formassem profissionais aptos a uma atuação eficaz no SUS (SOUZA, 2011) criando assim, condições para se modificar o modelo flexneriano de formação médica ainda predominante, considerado superado e insuficiente além de responsável por boa parte dos problemas da atenção à saúde das populações (TAVARES, 2007).

O Ministério da Saúde, através das DCN, também preconizou a construção de um perfil acadêmico e profissional que tivesse compromisso com a consolidação do SUS e de seus princípios além de uma responsabilização social e comunicação entre as escolas e a sociedade, tendo por referência a capacidade de dar resposta às necessidades da população, produzindo conhecimentos relevantes para a realidade de saúde, educação permanente dos profissionais e prestação de serviços de boa qualidade (ALBINO, 2004; BLANK, 2006; CIUFFO, 2008; GARCIA, 2007; GONZÁLEZ, 2010; NOGUEIRA, 2009; SOUZA, 2011).

As premissas descritas nessas novas diretrizes incluíam integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde com estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento (NOGUEIRA, 2009; TAVARES, 2007).

Segundo Souza (2011), as DCN “*buscam na formação de um médico generalista aspectos como: (a) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; (b) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; (c) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; (d) orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; (e) capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências; (f) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; (g) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; (h) capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde*”.

Dessa forma, as DCN propõem um perfil profissional com uma boa formação geral, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar em uma outra perspectiva da assistência

(ALMEIDA, 2007) e habilitado a ultrapassar a esfera da universidade, estando constantemente atualizado e preocupado com as inovações e com o atendimento integral (GARCIA, 2007). As Diretrizes estabelecem ainda que as escolas se responsabilizem socialmente pela melhoria da qualidade da saúde e vida das pessoas, por meio da transformação da escola e da prática educativa através de Projetos Político-Pedagógicos (PPP). Estes devem ser construídos coletivamente pelos atores do curso nas Instituições de Ensino Superior (IES) e utilizar metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante, em diferentes cenários, conforme necessidades apontadas em vários estudos (ALMEIDA, 2007; CIUFFO, 2008; GARCIA, 2007).

VI. Considerações Finais

Ao propor a formação de médicos competentes, éticos e comprometidos com as necessidades de saúde da população, as novas diretrizes curriculares estabelecem os conteúdos essenciais de conhecimento e demais orientações, todos em uma busca do resgate do homem/paciente cidadão e de uma verdadeira afirmação de compromisso daqueles que respondem pela formação médica no país (BALDACCI, 2000).

Para uma reorientação efetiva da educação médica, há que se lidar com mudanças profundas que implicam em transformações de concepções de saúde, de práticas clínicas e de relações de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde e do espaço social. Portanto, a implementação das novas diretrizes curriculares não é um processo estático, apesar de garantido pela legislação mas, ao contrário, é um processo dinâmico e acidentado, intercalado por avanços e retrocessos, que precisa ser cotidianamente construído nos diversos cenários de prática profissional para o enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade (NOGUEIRA, 2009).

As diretrizes curriculares, como o próprio nome indica, não constituem regras fechadas e definitivas da organização curricular e a sua aprovação e publicação não garantem a sua implementação. Elas apenas orientam os aspectos desejáveis a serem considerados no momento da reformulação do projeto político pedagógico (ALMEIDA, 2007). Para a implantação e real implementação de uma nova educação em saúde, é fundamental uma articulação interministerial e o compromisso de uma política de Estado, e não uma política de governo (GONZÁLEZ, 2010).

É esperado haver resistência à mudança, pois mesmo quem reconhece as dificuldades e limitações dos atuais sistemas de ensino teme, muitas vezes, a experimentação das inovações. Isso faz com que, na maioria dos casos, o currículo médico continue privilegiando a formação técnica e o conhecimento biológico dissociado dos aspectos históricos, sociais, psicológicos e culturais que permeiam o adoecimento humano (ALMEIDA, 2007; NOGUEIRA, 2009).

Para superar esses entraves, é muito importante observar as instituições com mais acúmulo no sentido da mudança curricular, pois isso confere maior segurança e inspira persistência para os agentes de mudança no Brasil permitindo, assim, a descoberta de estratégias que contribuam para gerenciar conflitos e tornar mais estáveis os processos de mudança propostos (AGUIAR, 2001; ALMEIDA, 2007).

2. REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, A. C. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Havard? *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 5, n. 8, fev. 2001.
2. ALBINO, R. M. et al. Percepções de professores da primeira e segunda fase do curso de graduação em medicina sobre o novo currículo da Universidade Federal de Santa Catarina. *ACM arq. catarin. med.*, Florianópolis, v. 33, n. 4, p. 34-41. 2004.
3. ALMEIDA, M. J. et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Rev. bras. educ. méd.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165. 2007.
4. BALDACCI, E. R. Novas diretrizes curriculares: uma necessidade para atualizar a formação médica. *Pediatria (São Paulo)*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 220-222, out. 2000.
5. BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Rev. bras. educ. méd.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 27-31, jan/abr. 2006.
6. BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 469-487, abr/jun. 2007.
7. CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 125-140, jan/mar. 2008.
8. CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV, D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. *ACM arq. catarin. med.*, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 24-34. 2003.
9. CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV, D. Contextualizando as Políticas de Educação Médica. *ACM arq. catarin. med.*, Florianópolis, v. 32, n. 3, p. 15-20. 2003.
10. GARCIA, M. A. A. et al. A Interdisciplinaridade Necessária à Educação Médica. *Rev. bras. educ. méd.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-155. 2007.
11. GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, maio. 2010.

12. KOIFMAN, L. O Ensino Médico no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de Doutora em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.
13. NETO, I. P. A. et al. Percepção dos Professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG Implantado em 2003. Rev. bras. educ. méd., Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 154-160. 2006.
14. NOGUEIRA, M. I. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. Rev. bras. educ. méd., Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270. 2009.
15. OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino Médico, SUS e Início da Profissão: como se Sente Quem Está se Formando? Rev. bras. educ. méd., Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 26-36. 2011.
16. OLIVEIRA, N. A.; MEIRELLES, R. M. S.; CURY, G. C.; ALVES, L. A. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. Rev. bras. educ. méd., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-346, jan. 2008.
17. RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; LIMA, M. C. P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. Interface comun. saúde educ., Botucatu, v. 6, n. 11, p. 107-116, ago. 2002.
18. SOUZA, P. A.; ZEFERINO, A. M. B.; DA ROS, M. A. Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática. Rev. bras. educ. méd., Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 20-25. 2011.
19. TAVARES, A. P. et al. O "Currículo Paralelo" dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Rev. bras. educ. méd., Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 254-265, maio. 2007.

3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

A Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) vem sendo publicada há 37 anos pela Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, instituição que congrega todas as faculdades de medicina do país, docentes, pesquisadores dedicados ao tema e discentes de cursos médicos. É atualmente a única revista da América Latina dedicada a este tema que regularmente é publicada.

A RBEM hoje chega, regularmente, a todos os países de língua portuguesa (através de doação para as escolas médicas), bem como a diversos países de língua espanhola (Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Uruguai e México), cumprindo seu papel de fomentadora da integração da América Latina e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

INFORMAÇÕES GERAIS

- **Escopo e política**

A Revista Brasileira de Educação Médica é a publicação oficial da ABEM, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol.

- **Envio de manuscritos**

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<http://www.educacaomedica.org.br>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração sequencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

• Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.

3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) - Limite máximo de 2.000 palavras.
4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.
5. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.
6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.
7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras
8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)
- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.
- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação. - Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês.

Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma.

- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário DECS - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do MESH - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios Campos

MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes

curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)

4. ARTIGO ORIGINAL

Nós aprendemos na universidade o que as Diretrizes Curriculares preconizam?

Do we learn at university what curriculum guidelines recommend?

Percepção de aprendizagem das Diretrizes

Adriana Cardoso Freitas

Marco Antonio Prado Nunes

Ana Débora Santana

Vanessa Araújo Argôlo

Luís Filipe Gois Oliveira

Nicolas Magno Santos Cruz

Filipe Emanuel Fonseca Menezes

RESUMO

A fim de ter profissionais de saúde com perfis adequados para atender às necessidades da população, foram homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médico (DCN), criando condições para uma profunda reestruturação nos currículos de Medicina em todo o Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe sobre o desenvolvimento das habilidades e competências gerais, preconizadas pelas DCN. Esta pesquisa teve um delineamento transversal, onde foram incluídos os estudantes matriculados no 6º e no 12º período. O instrumento utilizado foi elaborado a partir da transcrição do artigo 4º das DCN e enviado para os estudantes através de ferramenta eletrônica. Das seis competências e habilidades gerais avaliadas, duas foram consideradas pelos estudantes do final do curso como plenamente suficientes no processo de formação; duas foram parcialmente satisfatórias; e outras duas foram consideradas totalmente insuficientes. Isso permitiu concluir que é necessária uma discussão da estrutura curricular de acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério da Educação para, assim, formar médicos mais adequadamente preparados para servir à população através do Sistema Único de Saúde.

Palavra-chave: Educação Médica; Percepção; Fidelidade a Diretrizes; Currículo.

ABSTRACT

In order to have health professionals with suitable profiles to meet the needs of the population, were approved The National Curricular Guidelines for Medical Education (DCN), creating conditions for a profound restructuring in medical curricula throughout Brazil. The objective of this work was to evaluate the perceptions of medical students at the Federal University of Sergipe on the development of the general competencies and skills advocated by DCN. This study had a cross-sectional design, which included students enrolled in the 6th and the 12th period. The instrument used was drawn from the transcript of Article 4 of the DCN and sent to students through electronic tool. The six general competencies and skills assessed, two were considered by students at the end of the course as fully sufficient in the training process, two were partially satisfactory, and two others were considered totally inadequate. We concluded about the need to revisit the curriculum according to the guidelines proposed by the Ministry of Education to have more doctors adequately prepared to serve the public through the National Health System.

Key words: Education, Medical; Perception; Guideline Adherence; Curriculum.

INTRODUÇÃO

Tem sido frequentemente discutido que o profissional tradicionalmente formado nas nossas escolas médicas não possui o perfil adequado para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente se levarmos em conta a principal estratégia do Ministério da Saúde para consolidação desse sistema que é o Programa de Saúde da Família (PSF)¹⁻³.

A criação desse novo sistema, levando em conta uma ampliada concepção de saúde, aponta para a necessidade de reformulação do modelo assistencial atual^{2, 4}, trazendo como desafio a busca de uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde através do trabalho de equipes multidisciplinares². Nas duas últimas décadas, após a criação do SUS, houve um crescimento progressivo da percepção de que sem profissionais formados com novas competências, a tarefa de implementar modelos de atenção à saúde conforme preconizado pelo SUS seria muito difícil^{4,2,1}.

A estratégia de reorganizar e incentivar a atenção básica no SUS requer a formação de profissionais, especialmente médicos, dotados de visão abrangente da sociedade e

tecnicamente aptos a prestar cuidados contínuos e resolutivos à saúde da comunidade⁵. Não se trata mais de formar pessoal competente apenas tecnicamente, mas profissionais que tenham vivência sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social, o que significa dizer integração efetiva e permanente entre formação médica e serviços prestados à comunidade⁴.

Para isso tem sido recomendada uma profunda reestruturação nos currículos de Medicina, especificamente, a ser realizada por meio de sucessivas e permanentes inovações curriculares^{6,2}. Como parte dos esforços desse novo processo de formação de recursos humanos, foram homologadas em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médico (DCN), definindo princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação médica, relacionados à organização, ao desenvolvimento e à avaliação das propostas pedagógicas^{1,5}. Essas diretrizes tinham como premissa modificar os cursos da área da saúde até 2004 para que formassem profissionais aptos a uma atuação eficaz no SUS⁵ criando assim condições para se modificar o modelo flexneriano de formação médica que embora ainda seja predominante nas escolas de medicina, é considerado superado e insuficiente além de responsável por boa parte dos problemas da atenção à saúde das populações⁷.

Por isso torna-se necessário não só avaliar a implantação das DCN nas universidades brasileiras como também provocar reflexões na comunidade acadêmica a fim de subsidiar propostas que visem uma melhor preparação dos médicos que estarão cuidando de pacientes na comunidade. Assim, este estudo teve o objetivo de investigar a percepção dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS - Campus da Saúde/Aracaju), no meio e no final do curso, sobre o desenvolvimento das habilidades e competências gerais, preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal que foi elaborada segundo a Declaração de Helsinque (1964) e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe com o CAAE nº 09127812.6.0000.0058. Foi garantido aos participantes além da confidencialidade das informações, o pleno direito de não aceitar participar da pesquisa e de retirar sua permissão a qualquer momento. Os procedimentos de coleta de dados envolvem riscos mínimos, como o de constrangimento, porém os resultados trarão o benefício de incentivar a comunidade acadêmica a refletir sobre a formação

médica da UFS, orientar possíveis mudanças no currículo e a adoção de métodos pedagógicos adequados para a formação de médicos mais bem preparados para a prática.

Foram incluídos os 52 estudantes que estavam matriculados na primeira metade do curso (6º período) por já terem uma noção crítica mínima pra avaliar seu processo de formação, e os 54 concludentes (12º período), por já terem vivenciado todas as etapas do curso, totalizando 106 estudantes. Foram excluídos da amostra os alunos que estavam no programa de mobilidade acadêmica das universidades federais.

Foi enviado por e-mail para os estudantes matriculados no 6º e 12º períodos um questionário eletrônico através da ferramenta Survey Monkey (<http://www.surveymonkey.com>) com questões estruturadas fechadas. A construção deste instrumento se deu a partir da transcrição do artigo 4º das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, em que foram definidas as competências e habilidades gerais requeridas para o exercício da profissão médica em quinze itens: Atenção à Saúde (seis itens); Tomada de decisões (dois itens); Comunicação (dois itens); Liderança (um item); Administração e gerenciamento (um item); Educação Permanente (três itens). A fim de assegurar os direitos dos sujeitos que decidissem participar da pesquisa, foi adicionado ao questionário eletrônico um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que precede todas as questões a serem respondidas e oferece ao entrevistado a opção de não responder às perguntas.

Para a coleta de dados através deste instrumento foi escolhido a escala likert por ser um dos principais modelos usados para medição e avaliação de percepção e comportamento (Brandalise, 2005). Nesta pesquisa optamos pela escala likert de quatro pontos, em que cada pergunta possui quatro alternativas de resposta (nada; pouco; muito; fortemente), sendo metade caracterizada como positiva, ou seja, seu conteúdo corresponde a maior grau de concordância, e a outra metade como negativa, tendo seu conteúdo correspondendo a maior grau de discordância.

Para a análise estatística descritiva as quatro alternativas foram agrupadas em duas: suficiente (muito e fortemente) e insuficiente (nada e pouco). Em seguida foram avaliadas as frequências absolutas e relativas e as diferenças entre as proporções dos grupos formados pelas turmas do 6º e do 12º períodos foram analisadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou do teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Os questionários foram enviados para 106 alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, desses 83% (88/106) responderam ao mesmo, tendo sido excluídos 11 alunos que não preencheram efetivamente todos os itens do instrumento. De forma que foram obtidas as respostas de 75% (39/52) dos alunos do sexto período e 70% (38/54) dos do último período com uma proporção final de respostas de 73% (77/106).

Na competência 'Atenção à Saúde' (tabela 1) os estudantes revelaram a percepção de que o currículo foi adequado para habilitá-los no final do curso de medicina para o desenvolvimento de ações de prevenção da saúde tanto em nível individual como coletivo ($p=0,005$). Os que estavam no 12º período relataram suficiência relacionada às habilidades de promoção à saúde em nível individual, havendo uma diferença em relação aos do meio do curso sem significância estatística ($p=0,108$); quanto aos demais itens relacionados à essa habilidade já em nível coletivo, houve uma concordância entre os dois grupos quanto à insuficiência nesse aspecto. Os que estavam no último período relataram a percepção de habilidade nos demais itens relacionados à 'Atenção à Saúde' como o cuidado integral ao paciente e o exercício crítico da medicina, embora não tenham sido estatisticamente significativos.

Os estudantes do final do curso avaliaram de forma suficiente os dois itens relacionados à capacidade 'Tomada de Decisões' (tabela 2). Já na competência 'Comunicação' (tabela 2), os dois grupos se consideraram suficientes na habilidade de serem acessíveis aos pacientes e com capacidade em manter a confidencialidade das informações, não ocorrendo diferenças significativas entre eles ($p=0,381$); o contrário aconteceu quando informaram insuficiência no item que investiga as habilidades de comunicação, de escrita e leitura, de dominar uma língua estrangeira e de utilizar de forma hábil as tecnologias de comunicação e informação; ainda que tenha existido uma diferença significativa na percepção de suficiência neste item entre os dois grupos, com uma proporção discretamente maior para os do 12º período ($p=0,028$).

Embora os dois grupos tenham demonstrado uma diferença significativa ($p=0,001$) na suficiência da competência 'Liderança', a opinião desses grupos foi insuficiência nas habilidades de trabalho em equipe multiprofissional administração para o gerenciamento de recursos físicos, humanos e materiais na competência 'Administração e Gerenciamento' (tabela 3).

Os estudantes do final do curso declararam suficiência nos itens relacionados à competência 'Educação Permanente' inclusive com uma proporção maior em relação ao outro grupo, embora nesse aspecto não tenha sido significativo e dessa forma, relataram suficiência nas habilidades de como buscar as informações necessárias para subsidiar a prática médica, ter responsabilidade e compromisso com a sua própria educação e com as dos demais estudantes (tabela 3).

DISCUSSÃO

Os estudantes avaliados relataram a percepção de possuir habilidades em realizar algumas das competências gerais prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, porém em outras informaram que o aprendizado não teria sido suficiente para a prática médica. Com base nesses dados, é importante realizar uma reflexão sobre o cumprimento dessas competências na formação médica.

Os estudantes do último ano revelaram a percepção de suficiência nas habilidades de ações de prevenção de doenças relacionadas à competência 'Atenção à Saúde'. Porém isso não ocorreu com as habilidades de promoção à saúde, principalmente em nível coletivo. Este resultado precisa ser analisado com cautela, pois é comum haver confusão entre ações educativas ou preventivas com promoção de saúde⁸.

A concepção que os profissionais de saúde têm acerca da prevenção de doenças e promoção da saúde influencia significativamente suas práticas e é efetivada por meio de suas ações⁹. A prevenção de doenças se constitui em ações baseadas no conhecimento da história natural da doença, a fim de impedir o seu progresso e evitar danos futuros^{10,11}. Já a promoção da saúde conduz a mudanças nos determinantes da saúde, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida^{12,10}.

Com relação à promoção da saúde é preciso criar mecanismos de mobilização e participação para que os indivíduos e as comunidades possam construir parcerias com o objetivo de conquistar melhores condições de saúde, cabendo ao Estado assegurar aos atores a igualdade de oportunidades^{10,13,12}. Essas ações são essenciais para viabilizar a proposta da Estratégia de Saúde da Família e assim atender aos princípios do Sistema Único de Saúde, contribuindo para o planejamento de ações que atendam às necessidades sociais de saúde¹⁴.

Essa suposta deficiência nas habilidades relacionadas às ações de promoção à saúde deve ser mais bem investigada, pois já foi demonstrado que a qualidade da atenção prestada aos usuários está diretamente ligada ao processo de formação profissional, que deve preparar o médico tanto para a atenção individual quanto para a coletiva¹⁵.

Para garantir a qualidade do cuidado da saúde e o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde, as escolas médicas precisam criar espaços para a discussão dessas questões durante todo o processo de formação, visando formar profissionais humanizados e capacitados para atuar no processo saúde-doença em todos os âmbitos necessários¹⁵.

Neste estudo foi também revelado que os estudantes perceberam uma ausência de habilidades relacionada ao trabalho em equipe multiprofissional, sugerindo que não está ocorrendo uma formação pedagógica adequada voltada para o diálogo e para a interação com outras áreas da saúde, através das práticas interdisciplinares. Como já foi discutido anteriormente, o processo saúde-doença é complexo e o trabalho nessa área está relacionado ao cuidado ampliado da pessoa humana, demandando avaliações interdisciplinares que, por sua vez, têm a potencialidade de definir planos terapêuticos singulares capazes de satisfazer as necessidades de saúde das pessoas que procuram os serviços de saúde^{16,17}. Além disso, o princípio da integralidade vem se constituindo como eixo norteador da educação e da atuação em saúde, o que tem provocado inúmeras reflexões a respeito de como formar um profissional competente a partir dessa concepção⁶.

Os estudantes relataram ainda sobre a percepção da insuficiência de ações pedagógicas que orientem sobre habilidades em administração e gerenciamento, o que pode explicar a dificuldade que os médicos apresentam em assumir posições de relevância e enquanto gestores ou apenas trabalhadores da saúde, estabelecer práticas que garantam melhorias na eficiência e efetividade dos serviços de saúde prestados à população¹⁸⁻²⁰. Devido à complexidade do setor saúde, em que a produção dos serviços depende, além de profissionais qualificados e motivados, da estrutura física, material e tecnológica disponível para transformar insumos em resultados, é importante a habilidade em gerenciar os mais variados saberes e habilidades para a realização dessas atividades²¹. Por isso, ganhos de competência gerencial são fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde^{19,20}.

Uma limitação desse estudo é a de que nenhuma inferência sobre causalidade de fato pode ser realizada devido ao tipo de desenho que foi transversal. Porém a percepção dos estudantes sobre a aquisição de habilidade relacionada às competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais se constitui em um parâmetro importante de avaliação sobre o processo de formação, ainda que não signifique que realmente tenham adquirido essas competências diante da subjetividade dessa auto avaliação.

Por isso seria desejável a realização de outras pesquisas que pudessem mensurar de maneira mais fidedigna a presença dessas habilidades.

CONCLUSÃO

As avaliações sobre a formação do médico são necessárias diante da importância desse profissional no sistema de saúde e na sociedade⁴. Por isso esse estudo pretendeu provocar reflexões e discussões pedagógicas na comunidade acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe sobre a percepção das competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais, visando subsidiar reformas não só do currículo como também do método pedagógico, para que tais mudanças sejam capazes de proporcionar a formação de médicos mais bem preparados para o cuidado integral da população.

Das seis competências e habilidades gerais preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais que foram avaliadas, duas foram consideradas pelos estudantes como plenamente suficientes no processo de formação; duas foram parcialmente satisfatórias; e outras duas foram consideradas totalmente insuficientes. Isso permite concluir que há necessidade de se discutir a estrutura curricular e implementar um processo pedagógico que esteja de acordo com as diretrizes propostas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, para assim haver a formação de médicos mais adequadamente preparados para servir à população através do nosso Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Albino RA, Tomazzoni RGC, Rodrigues NC, Silva GA, Riggensbach V, Grosseman S, et al. Percepções de professores da primeira e segunda fase do curso de graduação em medicina sobre o novo currículo da Universidade Federal de Santa Catarina. *ACM Arq Catarin Med* 2004; 33 (4) 34 - 41.
2. Nogueira MI. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33 (2) 262 - 270.
3. Neto IPA, Filho OSL, 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 Méd* 2006; 30 (3) 154 - 160.
4. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev Bras Educ Méd* 2008; 32 (3) 333-346.
5. Souza PA, Zeferino AMB, Da Ros MA. Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática. *Rev Bras Educ Méd* 2011; 35 (1) 20-25.
6. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface Comun Saúde Educ* 2008; 24 (12) 125 - 140 .
7. Tavares AP, Ferreira RA, França EB, Junior CAF, Lopes GC, Dantas NGT, et al. O "Currículo Paralelo" dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31 (3) 254 - 265.
8. Chiesa AM, Fracoli LA, Veríssimo MDLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43 (Esp 2) 1352 - 1357.
9. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rêgo RMV, Passos MLL. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. *Esc Anna Nery* 2011; 15 (3) 610 - 615.
10. Büchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2009; 14 (1) 267 - 273.

11. Figueira TR, Ferreira EF e, Schall VT, Modena CM. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. Rev Saúde Pública 2009; 43 (6) 937 - 943.
12. Aerts D, Alves GG, Salvia MWL, Abegg C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Cad Saúde Pública 2004; 20 (4) 1020 - 1028.
13. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm 2010; 63 (5) 762 - 769.
14. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. Rev Bras Enferm 2009; 62 (4) 524 - 529.
15. Vilaro COL. Formação médica e promoção da saúde de comunidades: a articulação dessas práticas em um mesmo cenário. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública, 2011.
16. Cutolo LRA, Delizoicov D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. ACM Arq Catarin Med 2003; 32 (4) 24 - 34.
17. Garcia MAA, Pinto ATBCS, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MDS, et al. A Interdisciplinaridade Necessária à Educação Médica. Rev Bras Educ Méd 2007; 31 (2) 147 - 155.
18. Santos AP dos, Teixeira CDA, Freitas MRBB de, Andrade PMP. Fortalecimento e estruturação da gestão do trabalho e educação permanente o caso das secretarias municipais de saúde de: Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista no Estado da Bahia. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - ProgeSUS) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
19. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Rev Saúde Pública 2008; 42 (3) 555 - 561.
20. Brasil. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

21. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Cad Saúde Pública 2010; 26 (3) 603 - 614.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaro não haver

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marco Antonio Prado Nunes

Rua Juarez Carvalho 303 Apto 102

Bairro Jardins – Aracaju

CEP. 49.025-370 - SE

Universidade Federal de Sergipe

E-mail: nunes.ma@ufs.br

O financiamento foi dos próprios pesquisadores.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe com o nº CAAE 09127812.6.0000.0058.

Tabelas

Tabela 1: com relação à competência atenção à saúde o curso de medicina da UFS tem propiciado, até o momento:

	6º Período	12º Período	Total	Valor p
I - ATENÇÃO À SAÚDE				
Habilidades para orientar os pacientes de forma a evitar doenças específicas, tanto as que sejam restritas a um único paciente como as que atinjam uma comunidade.				
Suficiente	15 (38%)	34 (89%)	49 (64%)	0,005
Insuficiente	24 (62%)	4 (11%)	28 (36%)	< 0,001
Habilidades de exercer em seu trabalho medidas de educação em saúde, ou seja, que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para melhorar a saúde e o bem estar geral...				
... de um único paciente, através de orientações em consultório				
Suficiente	21 (54%)	32 (84%)	53 (69%)	0,108
Insuficiente	18 (46%)	6 (16%)	24 (31%)	0,017
...da comunidade, através de atividades que orientem vários indivíduos simultaneamente, como rádios comunitárias, atividades lúdicas (ex: teatros, vídeos educativos em sala de espera), rodas de conversa, palestras, etc.				
Suficiente	5 (13%)	3 (8%)	8 (10%)	0,503
Insuficiente	34 (87%)	35 (92%)	69 (90%)	0,819
... da comunidade, através do diálogo com as diversas áreas do setor da saúde e de outros setores do governo, para assim, compor redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população.				
Suficiente	5 (13%)	3 (8%)	8 (10%)	0,503
Insuficiente	34 (87%)	35 (92%)	69 (90%)	0,819
Aprender a exercitar a referência e a contra-referência nos atendimentos, ou seja, realizar uma prática de forma integrada e contínua com os demais níveis de atenção do sistema de saúde (atenção primária, secundária e terciária).				
Suficiente	13 (33%)	21 (55%)	34 (44%)	0,148
Insuficiente	26 (67%)	17 (45%)	43 (56%)	0,198
Aprender a exercer a medicina pensando criticamente, analisando os problemas da sociedade e procurando soluções para os mesmos.				
Suficiente	15 (38%)	27 (71%)	42 (55%)	0,053
Insuficiente	24 (62%)	11 (29%)	35 (45%)	0,034
Total Geral	39 (100%)	38 (100%)	77 (100%)	

Tabela 2: com relação às competências tomada de decisão e comunicação o curso de medicina da UFS tem propiciado, até o momento:

	6º Período	12º Período	Total	Valor p
II - TOMADA DE DECISÕES				
Habilidades para tomar decisões na sua prática médica a fim de obter uma maior eficácia e custoefetividade no atendimento aos pacientes (por exemplo, saber utilizar adequadamente as competências dos diferentes profissionais de saúde disponíveis, os medicamentos, além de equipamentos e procedimentos).				
Suficiente	16 (41%)	29 (76%)	45 (58%)	0,043
Insuficiente	23 (59%)	9 (24%)	32 (42%)	0,016
Competências para avaliar, sistematizar e decidir condutas mais adequadas nas suas ações de saúde baseadas em evidências científicas.				
Suficiente	13 (33%)	35 (92%)	48 (62%)	0,001
Insuficiente	26 (67%)	3 (8%)	29 (38%)	< 0,001
III - COMUNICAÇÃO				
Aprender que os profissionais de saúde devem ser acessíveis e exercitar o dever de manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral.				
Suficiente	27 (69%)	33 (87%)	60 (78%)	0,381
Insuficiente	12 (31%)	5 (13%)	17 (22%)	0,100
Desenvolver habilidades de comunicação verbal e não-verbal; de escrita e leitura; de dominar, pelo menos, uma língua estrangeira e de utilizar de forma hábil as tecnologias de comunicação e informação?				
Suficiente	6 (15%)	16 (42%)	22 (29%)	0,028
Insuficiente	33 (85%)	22 (58%)	55 (71%)	0,165
Total Geral	39 (100%)	38 (100%)	77 (100%)	

Tabela 3: com relação às competências liderança, administração e gerenciamento e educação permanente o curso de medicina da UFS tem propiciado, até o momento:

	6º Período	12º Período	Total	Valor p
IV - LIDERANÇA				
Oportunidades para desenvolver habilidades para trabalhar em equipes multiprofissionais assumindo posição de liderança nas mesmas, a fim de sistematizar e organizar as discussões e ações do grupo.				
Suficiente	2 (5%)	15 (39%)	17 (22%)	0,001
Insuficiente	37 (95%)	23 (61%)	60 (78%)	0,088
V - ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO				
Noções de administração para o gerenciamento de recursos físicos, humanos e materiais de um ambiente de trabalho.				
Suficiente	2 (5%)	1 (3%)	3 (4%)	0,579
Insuficiente	37 (95%)	37 (97%)	74 (96%)	0,911
VI - EDUCAÇÃO PERMANENTE				
Aprender onde e como buscar as informações que precisar quando tiver dúvidas na prática médica.				
Suficiente	15 (38%)	24 (63%)	39 (51%)	0,128
Insuficiente	24 (62%)	14 (37%)	38 (49%)	0,123
Aprender a aprender e a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação, durante e após a sua graduação.				
Suficiente	24 (62%)	32 (84%)	56 (73%)	0,243
Insuficiente	15 (38%)	6 (16%)	21 (27%)	0,057
Aprender a ser responsável, enquanto médico(a), pelo treinamento/estágios dos estudantes, proporcionando condições para que haja benefício mútuo				
Suficiente	19 (49%)	30 (79%)	49 (64%)	0,096
Insuficiente	20 (51%)	8 (21%)	28 (36%)	0,028
Total Geral	39 (100%)	38 (100%)	77 (100%)	