

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Guaraci de Azambuja

ALUNOS DE MEDICINA EM PROCESSO DE AUTOAVALIAÇÃO

Santa Cruz do Sul

2012

Guaraci de Azambuja

ALUNOS DE MEDICINA EM PROCESSO DE AUTOAVALIAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação – Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Trabalho e Emancipação, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Filippozzi Martini

Santa Cruz do Sul
2012

Guaraci de Azambuja

ALUNOS DE MEDICINA EM PROCESSO DE AUTOAVALIAÇÃO

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-graduação em Educação – Mestrado - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Profa. Dra. Graziela Macuglia Oyarzabal
Professor Examinador – ULBRA

Prof. Dr. Pedro Lúcio de Souza
Professor Examinador – UNISC

Prof. Dr. Cesar Hamilton Brito de Goes
Professor Examinador – UNISC

Profa. Dra. Rosa Maria Filippozzi Martini
Orientadora – UNISC

“Por mais longo e difícil que possa nos parecer um caminho, acredite, este só será realmente pior se o percorrermos sozinho”.
(Guaraci de Azambuja)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me apoiaram e se fizeram presentes comigo neste percurso, em particular minha esposa Karine, e filhos Lucas, Carolina e Gabriel que aceitaram dividir o pouco tempo em que me tinham com esta longa e árdua tarefa; a minha querida e incansável orientadora, professora Doutora Rosa Martini, pela sua paciência, dedicação e perseverança em iluminar meu caminho. Aos professores Pedro, Giana, Marília, Claus, Graziela, Cesar; aos funcionários Daiane, Vanessa, Andréia, Renata e Gilsa; aos professores, colegas e alunos, tanto da Educação como da Medicina, que me fizeram acreditar que esta união terá sempre significado; que me muniram de didática mudando minha forma de ver a prática da Educação na Medicina e, embora não nominados aqui, sabem o quanto foram importantes e indispensáveis na construção desta dissertação, tanto quanto a minha própria pessoa. Espero profundamente que o fruto deste trabalho seja de utilidade para o Curso de Medicina da UNISC e à própria Universidade, hoje, amanhã e depois, ou até quando for possível, tendo sempre como Norte a melhoria na qualidade da Educação como um todo, e em particular, a Educação Médica. Sabemos todos que um povo que possui deficiências na Educação, também será carente na Saúde.

A todos, muito obrigado!

RESUMO

A história da Educação, que acompanha a história da humanidade, possui um comportamento dinâmico no que se refere ao processo evolutivo; assim também a avaliação, que embora inerente ao processo educativo, é tema de profundas discussões e motivo de muitos estudos. A Educação Médica também sofre com os dilemas da avaliação, sendo muito importante que os egressos tenham pleno domínio das suas habilidades médicas, mesmo que, muitas vezes, tenhamos dúvidas de que realmente tenha sido satisfatória a formação médica. Desta forma, o presente estudo objetivou que os alunos do curso de graduação de medicina da UNISC se autoavaliassem no que diz respeito ao aprendizado das competências estabelecidas no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Para isso, foi elaborado um protocolo, a partir das fichas de avaliação utilizadas no estágio final do curso de Medicina, que compreende os quatro últimos semestres. O protocolo elaborado passou por uma análise de outros seis professores do mesmo curso, que não do internado curricular, que por sua vez realizaram algumas modificações, no sentido do que esses achavam também de importância na formação dos respectivos alunos. Por se tratar de um estudo de cunho qualitativo, não houve obrigatoriedade de resposta do protocolo, sendo esse respondido de maneira espontânea pelos acadêmicos. Como resultado, é importante destacar a capacidade com que os alunos se autoavaliaram em possuírem condições de atuar ao nível primário de saúde, a capacidade de atuar em equipe e ao fato de reconhecerem de maneira positiva a sua escola de formação. Todas as dificuldades mencionadas pelos alunos são pertinentes a qualquer profissional médico que já esteja em atuação profissional, retratando a prudência e a seriedade com que abordam a complexa formação médica.

Palavras-chave: Educação Médica, Avaliação, Autoavaliação.

ABSTRACT

The history of the education, that keep pace with the history of the humanity, has a dynamic behavior in what refers to the evolutionary process; just like the evaluation, that although inherent to the educational process, is subject of deep discussions and reason of many studies. The medical education, suffers also with evaluation dilemmas, being very important that the graduates have complete control of their medical abilities, even that, many times, we have doubts if the medical formation has been considered satisfactory. Therefore, the purpose of this study is that the students of a determined graduate course could self-evaluate in what refers to the learning of the competences established in the pedagogic project of the medicine course. A protocol was elaborated started from the evaluation files used in the final stage of the medicine course, which includes the last four semesters. The elaborated protocol went through an analysis of another six professors of the same medicine course not from the curricular internship, which for their part did some modifications according to what they thought important in the respective students training. Because it's a qualitative study, the protocol response wasn't mandatory. It was spontaneously responded by the academics. As a result, I mainly contrast the students' ability of self-evaluation of having conditions of acting at health primary level, the competence of working as a team and the fact of having a high positive opinion about their graduate school. All the difficulties mentioned by the students are relevant to any medical professional who is already acting as such, showing the prudence and seriousness they handle the complex medical formation.

Key-words: Education, Medical Education, Self-evaluation

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABS	Atenção Básica de Saúde
APESC	Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul
CFE	Conselho Federal de Educação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CNE	Conselho Nacional de Educação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENADE	Exame Nacional do Desempenho dos Estudantes
IDA	Integração Docente Assistencial
INPE	Instituto Nacional de Pesquisa em Educação
MEC	Ministério da Educação
NS	Necessidade de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação do Ensino Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNB	Unidade Básica de Saúde
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Dados gerais do Curso	34
Quadro 2 - Eixos transversais e áreas do conhecimento do currículo pleno	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 A HISTÓRIA DA MEDICINA ATÉ O MODELO FLEXNERIANO	15
3 A ESCOLA MÉDICA BRASILEIRA	24
4 A UNIVERSIDADE ESTUDADA	27
4.1 A Universidade	27
4.2 Contextualização: Dados Sócio-Econômicos da região -Vale do Rio Pardo e Centro-Serra	31
4.3 O Curso de Medicina da Universidade estudada.....	32
4.3.1. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina	34
4.3.2 Concepção do Curso de Medicina da Unisc	36
4.3.3 Objetivos do Curso de Medicina	39
4.3.3.1 Objetivo Geral	39
4.3.3.2 Objetivos Específicos	39
4.3.4 Metodologia Pedagógica do Curso de Medicina da Unisc	40
5 FORMAS DE AVALIAÇÃO	47
5.1 Avaliação do Projeto Pedagógico do Curso	49
5.2 Autoavaliação do Curso de Medicina	50
5.3 Avaliação Externa do Curso de Medicina	50
6 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM	52
7 METODOLOGIA	54
7.1 Elaboração do instrumento	55
8 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	59
8.1 Perfil dos Participantes	59
8.2 Resultados	59
8.3 Discussão	62
9 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	67
ANEXO A – Fichas de Avaliação.....	70
ANEXO B – Instrumento para coleta de dados	75
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78

1 INTRODUÇÃO

A sociedade está estruturada dentro de um sistema e hierarquia que, embora possa ser reconhecida como dinâmica, possibilitando modificações evolutivas com o passar do tempo, muitas vezes, envolve sérias dificuldades para alterar determinados comportamentos enraizados nas diferentes culturas e nos sistemas educativos de uma forma particular.

No que se refere à Educação, e em particular, no ensino de terceiro grau, principalmente nas Universidades, toda e qualquer mudança exige uma força e uma estratégia, que, muitas vezes, demanda uma energia inexistente, isto é, por maior que sejam os esforços, elas não ocorrem, ou ocorrem de maneira muito branda, sem repercutir o efeito necessário ou desejado.

A natureza do Homem, na sua estrutura corpórea e espiritual, cria condições especiais para a manutenção e transmissão da sua forma particular e exige organizações físicas e espirituais, ao conjunto das quais se dá o nome de Educação.

A Educação não se apresenta como uma propriedade individual, mas pertence à essência da comunidade. Toda a Educação é assim o resultado da consciência viva de uma norma que rege uma comunidade humana, quer se trate da família, de uma classe ou de uma profissão, quer se trate de um agregado mais vasto, como grupo étnico ou um Estado (JAEGER, 1994).

A Educação está essencialmente ligada à transformação dos valores válidos para cada sociedade. Se a Educação, enquanto prática social demora em incorporar inovações, apegando-se mais às tradições, será preciso um grande esforço para provocar uma mudança qualitativa em seu contexto.

A história da Educação, que acompanha a história da Humanidade, possui um comportamento dinâmico no que se refere ao processo evolutivo. Existe uma contínua mudança adaptativa às fases que se sucedem, desde o início da escrita das primeiras civilizações, Idade Antiga, Idade Média, Moderna, Contemporânea, até a presente época da globalização e expansão da informática e internet.

Pertencemos a um sistema educativo em que a avaliação é um processo abrangente da existência humana, que implica uma reflexão crítica sobre a prática, no sentido de captar seus avanços, suas resistências, suas dificuldades, e possibilitar uma tomada de decisão sobre o que fazer para superar os obstáculos. A nota seja na forma de número (ex.: 0 – 10), conceito (ex.: A, B, C, D) ou menção (ex.: Excelente, Bom, satisfatório, insatisfatório), é uma exigência formal do sistema educacional. Podemos imaginar um dia em que não haja necessidade de continuar existindo a avaliação, dessa forma, se acompanharia o desenvolvimento dos

educandos e seria possível ajudá-los em suas eventuais dificuldades. A prova é apenas uma das formas de gerar nota, que, por sua vez, é apenas uma das formas de se avaliar. Assim, podemos atribuir nota sem ser por prova, bem como podemos *avaliar* sem ser por *nota* (este dia parece não ter chegado plenamente ainda...) (VASCONCELLOS, 2001).

A Educação Médica, não obstante, também traz a sua história inserida na evolução do Homem em sociedade. Desde o início das civilizações, tem-se a figura do médico, muitas vezes conhecido por outra denominação como curandeiro, xamã ou pagé. Independente do termo, a função a ser desempenhada era sempre a mesma, ou seja, de aliviar a dor e o sofrimento dos enfermos. Para isso, também se utilizavam os mais diversos recursos que dispunham em suas respectivas épocas e comunidades. A Educação Médica, assim como a Educação também manifesta um comportamento dinâmico e evolutivo de acordo com a sociedade.

Rupturas ou quebras de paradigmas enfrentam sempre processos de resistência de saberes e práticas adquiridas por tradições já consolidadas.

É bastante conhecido o crescimento do aparelho formador em Medicina, nas últimas três décadas, sobretudo na América Latina e no Brasil, com a conseqüente expansão do número de alunos e professores. Porém, a formação desses atores é pouco estudada, sendo precárias as informações a esse respeito (PEREIRA, 2005).

Embora com séculos de história e formação dos médicos, Rego (2003) não demonstra otimismo quando o assunto se refere à formação médica:

Não tenho a menor dúvida em afirmar que a maioria das faculdades de Medicina, tal como são organizadas e buscam cumprir a função primordial que justifica a sua existência – preparar jovens para o exercício da profissão médica -, é incompetente. Da mesma forma, peremptória, afirmo que, em qualquer lugar do mundo, a incompetência da maioria das escolas é semelhante. Se no campo das habilidades técnicas ou da competência técnica existem várias escolas no mundo que têm uma atuação satisfatória, no desenvolvimento das competências, digamos, relacionais, como as de comunicação e éticas, elas deixam muito a desejar (REGO, 2003, p. 13).

O que revelaria essa insatisfação manifestada por Rego (2003): ensino técnico deficiente, ausência de vínculo entre educação e pesquisa, ou ainda, falha no acompanhamento do aprender a ser médico.

A maioria das escolas médicas brasileiras foi criada de acordo com o modelo norte-americano, idealizado por Abraham Flexner, no início do século XIX, o qual desenvolveu um marco na história da Educação Médica, que por muito tempo, foi adotado e seguido em muitos países. Entre outras particularidades, Flexner (1910) exigiu graduação em nível

superior para o ingresso na faculdade de Medicina e ampliação do curso para quatro anos, com acréscimo de um ano de internato após a graduação; vinculação das escolas médicas às universidades e o estímulo à pesquisa e sua importância no ensino.

De acordo com Lampert (2004), nos últimos quarenta, cinquenta anos, os conhecimentos científicos e tecnológicos tiveram crescimento sem precedentes, sendo o montante, maior que a soma dos conhecimentos produzidos até então. Ao se desenvolver, o conhecimento se fragmentou em áreas especializadas, que apresentam grande dificuldade de comunicação. O paradigma, que induziu essa fragmentação do conhecimento, teve grande impulso na área de saúde com o Relatório Flexner (1910), resultando no modelo denominado paradigma flexneriano. Nesse modelo, as especialidades médicas nos cursos de graduação estruturam-se sob forma de disciplinas, agrupados em departamentos, localizados em ciclos básicos e profissionalizantes, sendo muito laboriosas e pouco efetivas todas as iniciativas de trabalho interdisciplinares, ainda que dentro de um mesmo departamento (LAMPERT et al, 2004).

O desenvolvimento técnico e científico tem como consequência natural a diferenciação de especialidades médicas e o crescimento da informação, que se traduz numa constante redefinição dos limites entre o normal e o patológico, com aumento da capacidade de intervenção nos problemas associados à doença e na necessária divisão técnica do trabalho no interior do corpo profissional. Essa diferenciação do trabalho e divisão em especialidades, com abordagens parciais da unidade biopsicossocial, que constitui o ser humano, implica a recomposição da dita unidade, uma forma complementar entre as diferentes especialidades e a dependência recíproca entre especialistas, isto é, o trabalho em equipe. Tal circunstância, com a necessidade decorrente de equipamentos especializados, favoreceria o trabalho em grandes organizações, dirigidas a facilitar uma atenção integral e equitativa. Nessas circunstâncias, o mercado de trabalho não está isento de anarquia na superposição de algumas áreas e da falência de outras (LAMPERT, 2009a).

Nas discussões e reflexões sobre a graduação em Medicina são considerados como aspectos conceptuais de relevância¹, àqueles que permeiam a construção e a execução dos programas curriculares. Esses são identificados como relevantes, com base em estudos existentes na área de Educação Médica, encerrando áreas temáticas que direcionam as ações para a formação do médico na graduação em acordo com as diretrizes curriculares (BRASIL, 2001).

¹ Frente às necessidades básicas de saúde.

Embora, nas escolas mais jovens já exista tentativas de correção dos equívocos herdados pelas escolas mais antigas e conservadoras, essa pesquisa manifesta preocupação com esta temática.

Considerando-se a história da Educação Médica, conforme síntese anunciada anteriormente, registrou-se uma série de mecanismos que possibilitaram realizar uma avaliação aprimorada tanto das instituições de Educação Médica quanto da do seu produto final, o médico. Mas, em nenhum momento, foram consideradas as percepções dos médicos em formação em relação ao seu próprio desempenho. Essa pesquisa pretendeu trazer uma contribuição à temática currículo, em um aspecto que, muitas vezes, permanece oculto nas análises: a autoavaliação discente. Assim, a investigação contemplou questões sobre a formação acadêmica e os paradigmas impressos nessa, com os alunos de graduação de um determinado curso de Medicina. Dessa forma, a investigação questionou a formação a que lhes foi ofertada, isto é, como se julgam, aptos ou não, a realizarem as competências estabelecidas no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.

A escolha de realizar um processo avaliativo, a partir da autoavaliação discente, e a forma como os conhecimentos são absorvidos e sedimentados nos futuros profissionais, nos direciona obrigatoriamente à teoria de Piaget. De acordo com Piaget:

As operações formais, a partir das estruturas operatórias “formais”, chegamos a terceira e grande fase do processo que leva as operações a se libertarem da duração, isto é, do contexto psicológico das ações do sujeito com aquelas que comportam dimensões causais além de suas propriedades implicadoras ou lógicas, para atingir finalmente esse aspecto extemporâneo que é peculiar das ligações lógico matemáticas depuradas... As operações “formais” assinalam, por outro lado, uma terceira etapa em que o conhecimento ultrapassa o próprio real para inserir-se no possível e para relacionar diretamente o possível ao necessário sem a mediação indispensável do concreto: ora, o possível cognitivo, é essencialmente extemporâneo, em oposição ao virtual cujas realizações se destacam no tempo (PIAGET, 1983, p.27).

Interpretando as conclusões de Piaget, sobre as formas mais elaboradas de pensamento, o ato médico depende de uma potente reconstrução conceitual de diferentes campos científicos, que se expressa em um saber fazer cada vez mais hábil, sem deixar de lado a solicitude na relação com o paciente. Tal elaboração decorre de um contínuo movimento de assimilação e adaptação que se transforma em um processo de reconstrução em níveis cada vez mais abstratos e elaborados, nos quais a abstração reflexionante articula teoria e prática.

Minayo (2004) salienta que a assistência à saúde dos brasileiros tem sido inadequada e um dos fatores que concorrem para isso é a formação dos profissionais de saúde. Geralmente,

esses profissionais tendem a considerar os pacientes como seres desprovidos de história, com corpos mutilados, dando ênfase apenas à expressão física do sofrimento. A realidade brasileira, no entanto, tem mostrado a esses profissionais que o ser humano a que atendem é muito mais complexo.

O ensino médico está no início de um processo de mudanças profundas e há muito tempo necessárias. Após anos de críticas, comissões e debates, iniciativas de reformas curriculares, com apoio federal, ocorrem em escolas médicas. O ensino médico esteve, até hoje, centrado nos ambientes hospitalares e sob o domínio das especialidades médicas. Permaneceu eminentemente voltado para a formação de proto-especialistas, dirigidos para uma prova de Residência em alguma especialidade médica (TESSER, 2008).

Não é necessário atravessar um oceano para ver, em algum país africano, o que acontece em nossas próprias vilas e bairros menos assistidos. Bem, o mundo mudou, a civilização humana evoluiu, e as necessidades comunitárias são palpáveis e possíveis de solução, entretanto, a maioria das escolas médicas continua a pensar a formação médica com os mesmos instrumentos e a mesma compreensão do processo que havia no início do século passado.

Embora a escola de Medicina estudada apresente um programa curricular moderno, com objetivos precisos quanto às competências mínimas necessárias para a formação do médico, além do fato de ser uma escola com o ensino centrado na “resolução de problemas” e ao sistema de “tutoria”, não se sabe, de fato, se o acadêmico, ao final de sua formação, apresenta segurança no domínio dos requisitos mínimos para a prática profissional, ou ainda, quais as suas dificuldades, e em que momento elas surgiram e/ou deixaram de existir.

Justifica-se, portanto, um processo de autoavaliação em que os médicos em formação tomem consciência de quais áreas estão menos seguros de suas habilidades e competências. Esse processo só é desenvolvido com uma forma de contínua avaliação formativa e autoavaliação, em que o médico em formação participe ativamente do processo.

2 A HISTÓRIA DA MEDICINA ATÉ O MODELO FLEXNERIANO

Historicamente, o objetivo de trabalho do médico modificou-se substancialmente. Para as sociedades primitivas, por exemplo, a doença era provocada por uma ação externa ao indivíduo, de tipo espiritual, e a função terapêutica (médica) era exercida pelo pagé ou xamã, cujo papel era de expulsar os maus espíritos do corpo do enfermo.

Segundo Pessoa Jr. (2010), após a fase primitiva, ligada a explicações sobrenaturais, a Medicina grega passa a ser caracterizada por racionalização, baseada em informações e experiências que se apresentavam em diferentes linhas teóricas. A escola pitagórica encarava a saúde como um equilíbrio de forças dentro do corpo, considerando o cérebro como o centro das sensações. A escola siciliana enfatizava a importância do ar. A escola jônica realizava disseções anatômicas. A escola de abdera dava importância à ginástica e à dieta. O médico mais importante foi Hipócrates de Cós (460-370 A.C.), que concebeu a doença como um fenômeno natural, e o verdadeiro médico era o que tinha capacidade de fazer uma prognose, descrevendo corretamente a evolução da doença. Para Hipócrates, a Medicina era uma arte (techné) que requeria prática e não hipóteses. Durante o Império Romano, que por sua vez assimilou a Medicina grega, a saúde pública e o saneamento básico progrediram.

Durante a Idade Média, os religiosos assumiram o controle da arte de curar através de ervas e medicamentos caseiros empíricos, recorrendo aos que dominavam a arte da navalha, então os barbeiros, para procedimentos cirúrgicos como drenagem de abscessos e sangrias, entre outros (REGO, 2003).

A tradição judaico-cristã, por sua vez, concebia o mal, seja por possessão demoníaca, seja castigo divino – uma decorrência direta dos pecados cometidos pelo enfermo. O papel do sacerdote (ainda que, exercendo a função de médico), era o de obter a salvação espiritual, através da sua intermediação com o ser divino.

O cristianismo, por sua vez, não somente manteve a concepção da enfermidade como punição dos pecadores como também incorporou a tradição da segregação dos leprosos e depois dos loucos (ambos considerados impuros). Assim, até o final da Idade Média, a ação fundamental dos médicos, sacerdotes em sua maioria, era a de salvar almas e, apenas secundariamente, possibilitar a sobrevivência dos doentes. Tanto que os hospitais europeus eram, na sua maioria, vinculados a ordens religiosas, fundamentalmente para salvar suas almas, e secundariamente oferecer aos moribundos um lugar digno para morrer, ou ainda, para serem excluídos do convívio social os impuros punidos pela ordem divina.

Como descreveu Rego (2003): “apenas no século XVIII, o papel do hospital foi alterado, tendo sido destinado efetivamente à cura física dos enfermos; associadas às políticas de expansão comercial e de fortificação do poderio militar, peculiares ao Estado absolutista e ao mercantilismo”.

Como não poderia deixar de ser, também no Brasil, essa era a realidade alterada apenas em meados do século XIX com a criação das primeiras Casas de Saúde (em alternativa aos hospitais – considerados a antecâmara da morte) e, finalmente, com a reforma da Santa Casa da Misericórdia no final daquele século.

Historicamente, o marco da Educação Médica no Brasil tem início em 1808, logo após a chegada da família imperial, sendo que os primeiros médicos que vieram para a colônia eram egressos da Universidade de Coimbra.

Em Coimbra, o ensino era realizado por apenas um lente (assim chamados porque apenas liam os textos aos alunos) até o final do século XV, quando foi introduzida uma nova cadeira, e o número de docentes passou a dois. Os alunos tinham a leitura das obras de Galeno (pela manhã) e as de Hipócrates (à tarde). Atribuía-se aos médicos o nome de “físicos”, uma vez que a Medicina era chamada de “física” – “ciência que indagava, pela observação e pela experiência, dos corpos naturais”. Apenas em 1540 foi introduzida a leitura de autores árabes (Avicena, Rhazes, Averróies e Paracelso – comentadores de Galeno e Hipócrates) (REGO, 2003, p. 24).

Apesar de a Medicina praticada ser a hipocrática, baseada na informação, experimentação e negando as influências metafísicas, até o século XV, quem a ensinava era, em sua maioria, membros do clero.

Apenas em 1562 foi introduzida a prática hospitalar, modificando, assim, o modelo anterior baseado em leitura, embora não tenha significado um modelo de ensino com base em atividades hospitalares nos moldes atuais.

A despeito das grandes descobertas advindas da invenção do microscópio no século XVII, as escolas espanholas e portuguesas estavam fechadas a essa prática. Assim, os primeiros médicos, que vieram para o Brasil, possuíam um perfil formado na Universidade de Coimbra, fortemente influenciada pelo obscurantismo religioso, que imperava na Península Ibérica da Inquisição. Esse modelo de ensino permaneceu inalterado, em sua essência, até a reforma empreendida por Marquês do Pombal, em 1772. Considerando-se todo o aparelho escolar, do nível elementar até o Ensino Superior, em Portugal, até a época do Marquês do Pombal, e no Brasil, até a vinda da corte, o ensino era particular e religioso. Não só era

religiosa a instituição que formava professores (em geral, sacerdotes), como também era a Igreja Católica que administrava as escolas.

Em fins do século XVIII, mudanças importantes, de ordem política, econômica e cultural ocorreram em Portugal, repercutindo nas colônias, e entre essas, no Brasil. Objetivando o estímulo ao desenvolvimento capitalista, em Portugal, buscava-se criar condições que propiciassem a acumulação de capital estatal e privado. Nesse sentido, a atuação dos jesuítas, no Brasil, era contrária aos interesses de Portugal, visto que opunham à escravização dos índios, recusavam-se a ensinar a língua portuguesa (que possibilitaria uma melhor utilização deles no mercado de trabalho, ainda que com remuneração extremamente baixa), mantinham intenso comércio sem que se sujeitassem às normas e aos impostos ditados pelo rei e, por fim, defendiam o feudalismo. Os jesuítas negavam-se a reconhecer a autoridade do Estado, submetendo-se apenas ao líder da Ordem.

A despeito de ter entrado para a História como o responsável pela expulsão da Companhia de Jesus de Portugal e de suas colônias, o comportamento do Marquês do Pombal não deve ser entendido como anticlerical ou mesmo antirreligioso; embora tenha possibilitado a introdução de outros elementos no sistema de ensino.

Entre as exigências, surgidas com a reforma do currículo médico após a intervenção pombalina no sistema educacional, estavam àquelas feitas ao candidato no ingresso da escola médica: o conhecimento prévio do grego, da filosofia e o domínio de pelo menos uma língua estrangeira (inglês ou francês).

Lampert descreve que o modelo de ensinar a cura ou a Medicina evoluiu através dos tempos:

Nos primórdios da civilização, o aprendiz, para dominar o ofício, acompanhava o mestre como assistente, auxiliar e, após exercer as atividades, de forma supervisionada, logo passava a atuar de modo autônomo. Na idade média, ao surgirem como instituição, as escolas constituíram uma organização à parte, com estrutura e sistema administrativo totalmente independente dos serviços, portanto, na saúde, desvinculada da prestação da assistência. Nesse momento, houve uma divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual. Desta forma, aconteceu a dissociação entre o estudo e o trabalho, observado ainda nos dias de hoje de forma marcante. A atividade prática do estudante fica assim considerada uma tarefa didática sem compromisso com a prestação de serviços (LAMPERT et al, 2004, p.246).

Em meados do século XIX, nos Estados Unidos, foi abolida a necessidade de concessão estatal para o exercício da Medicina, permitindo uma grande proliferação de Escolas de Medicina, sem critérios claros, ou métodos de ensino similares, com abordagens terapêuticas diversas, estando ou não vinculadas a universidades, muitas sem equipamentos e

com critérios de admissão e tempo de duração diferente e independente de fundamentação teórico-científica.

Outro fator histórico reside no fato que, a partir do final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações ortodoxas. A associação entre a corporação médica e o grande capital, passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da Medicina científica.

Em 1910, foi publicado o estudo “Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”, que ficou conhecido como relatório Flexner (Flexner Report), e é um marco no que se refere a grande reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América, e em todo mundo (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Assim como Comenius desenvolveu a “Didática Magna”, estabelecendo um marco na Educação, Abraham Flexner, através de seu relatório, após visitas a 155 Escolas de Medicina dos EUA e do Canadá, tarefa que, segundo os documentos publicados, realizou durante seis meses. Por mais tênue que pareça esse tempo, foi o suficiente, na época, para dizer que das 155 escolas médicas avaliadas, apenas 31 tinham condições de continuar funcionando. Na época, nos EUA, o número das escolas de Medicina caiu de 131 para 81, nos doze anos após publicação do respectivo relatório. O número de escolas homeopáticas diminuiu de 20 para 4 entre 1910 e 1920. Cinco, das sete escolas para negros, foram fechadas (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Não há dúvidas, a postura flexneriana é Positivista! Aposta como o único conhecimento seguro o conhecimento científico, através da observação e da experimentação: a ciência substitui a arte. Assim, o método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o ocidente, e a Medicina ilustra claramente este processo (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Flexner defendia como mais importante para o aprendizado da Medicina, sob o ponto de vista pedagógico, as atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica, colocando-o como um dos precursores das metodologias de ensino-aprendizagem específicas para a formação médica (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Em sua amplitude, os efeitos alcançados sobre a Educação Médica após a publicação do “Relatório Flexner”, fez com que a nova ordem de formação médica fosse chamada de “Modelo Flexneriano”, o que representou para muitos autores, a consolidação do modelo científico da Medicina.

Outra preocupação pertinente descrita por Flexner foi uma severa e profunda crítica às “escolas médicas comerciais”, que possuem como objetivo, o lucro, defendendo que as instituições de ensino deveriam ser públicas, apelando inclusive ao “patriotismo médico” para representar a obrigação moral das escolas médicas de servir ao interesse público. Não bastando isto, defendia ainda uma distribuição geográfica das escolas médicas, adequando melhor a distribuição da “mão-de-obra médica” e ampliando a responsabilidade dos respectivos profissionais com a sociedade.

Com todo o seu empenho ao estudo e transformação na Formação Médica, Abrahan Flexner não era médico. Filho de judeus alemães, que migraram para os Estados Unidos, aos 17 anos, ingressou na Universidade de Johns Hopkins, onde, em junho de 1886, obteve o grau em Artes e Humanidades. Após a graduação, iniciou a carreira de educador como professor da Lousville Boy’s High School. Em 1890, fundou seu próprio colégio, Mr. Flexner’s School.

Em 1905, com o intuito de mudar-se para a Europa, fecha a sua escola, mas antes de se instalar com a família em Berlim, conclui em Harvard a pós-graduação no ano de 1906.

Em Heidelberg, no verão de 1907, escreveu seu primeiro livro, *The American College: a criticism*, no qual critica o modelo educativo norte-americano. Isso lhe rendeu um convite por parte do presidente da Carnegie Foundation, Henry S. Pritchett, para realizar um estudo sobre a Educação Médica nos Estados Unidos e no Canadá, o que resultou no relatório Flexner (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

A Europa, e especialmente a Alemanha, exerceram profunda influência sobre a obra de Flexner. Foi ele quem estimulou a tradução para o Inglês e a sua respectiva publicação nos Estados Unidos, da obra de Theodor Billroth sobre a Educação Médica na Alemanha e na Áustria. Muitos afirmam que a Medicina e a Educação Médica norte-americanas nasceram na Johns Hopkins, mas tiveram sua origem na Alemanha e em Theodor Billroth (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Flexner passou a fazer parte do General Education Board, fundado em 1902, por John D. Rockefeller, com a singela tarefa de examinar o estado da arte das universidades da América do Norte e a Educação Médica em particular, onde permaneceu até 1927.

Abraham Flexner foi o organizador e o primeiro diretor do Instituto de Estudos Avançados de Princeton, com suas três escolas – Matemática, Economia e Políticas e Humanidades – onde ficou até encerrar suas atividades acadêmicas. Contribuiu, por fim, com o Instituto Luminares da Ciência e da Intelectualidade, como Albert Einstein e John Von Neumann.

Estamos a uma centena de anos da publicação do relatório Flexner, e muitos reclamam da inexistência de um modelo de formação médica, principalmente o modelo Flexneriano, que não consegue atender às necessidades de saúde das sociedades em que foi implementado, isso é, praticamente, em todo o mundo ocidental. Não são poucas as vezes que ouvimos o adjetivo “Flexneriano” soar em tom pejorativo, anunciando o fato a divisão do currículo em um segmento básico seguido por outro estante período clínico.

Embora, neste último século, tenha sido vítima de críticas, Flexner fez da sua proposta de Educação Médica a mais praticada no mundo, e o seu informe o mais citado quando o assunto versa sobre a filosofia do ensinar Medicina. Flexner é o produto de sua época, de uma visão positivista, que separa teoria e prática, sujeito e objeto.

Como descreve Valle (2003): “O pensamento da Educação descobre na existência humana um limite intransponível, o ponto cego de sua atividade”.

A Educação sem cuidado com o humano, altera o prognóstico do presente para uma falência do futuro. De acordo com Libâneo

Não haverá mudanças efetivas enquanto a elite intelectual do campo científico e da Educação e os educadores profissionais não se derem conta de algo muito simples: a escola existe para formar sujeitos preparados para sobreviver nesta sociedade e, para isto, precisam saber coisas, saber resolver dilemas, ter autonomia e responsabilidades, saber dos seus direitos e deveres, construir sua dignidade humana, ter autoimagem positiva, desenvolver capacidades cognitivas para se apropriar criticamente dos benefícios da ciência e da tecnologia em favor de seu trabalho, da sua vida cotidiana, do seu comportamento social..... e ainda sobre a pedagogia: as práticas pedagógicas implicam necessariamente decisões e ações que envolvem o destino humano das pessoas, requerendo projetos que expliquem direção de sentido da ação educativa e formas explícitas do agir pedagógico. Quem se dispuser ao agir pedagógico estará ciente de que não se pode suprimir da pedagogia o fato de que ela lida com valores, com objetivos políticos, morais e ideológicos (LIBÂNEO, 2005, p.35).

Não foram necessários cem anos para que as primeiras críticas ao modelo flexneriano emergissem e, a partir da década de 80, começaram os questionamentos e propostas de mudança dos currículos dos cursos de Medicina das escolas já existentes e modificações nas novas escolas que emergiam com o passar do tempo. Um dos questionamentos residiu no fato do modelo flexneriano focar o aprendizado da Medicina na doença e não na saúde.

O primeiro marco significativo documentado sobre mudança no ensino médico, ou seja, no então prevalente Modelo Flexneriano, foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que, após coordenar as conferências de Viña del Mar (Chile, 1955) e Tehuacán (México, 1956), introduziu as disciplinas de Medicina Preventiva e Social no currículo médico. Dessa forma, com o intuito de avaliar tal mudança, em 1967, a OPAS

realizou um estudo através do médico e sociólogo argentino, Juan César García, que, por sua vez, trabalhava em Harvard. Ao entender o projeto de análise da disciplina Medicina Preventiva e Social, associado ao estudo da Educação Médica em seu conjunto, García introduziu um modelo explicativo pioneiro e um marco no processo de desenvolvimento dessa área de formação. Partiu da observação do processo de ensino associado à análise dos agentes desse ensino e das relações que se estabelecem entre eles, como parte de um processo de produção de médicos com subordinação estrutural à formação econômica predominante na sociedade em que se desenvolve. Não se poderia compreender o ensino da Medicina Preventiva e Social sem a análise do plano de estudos e do processo de ensino, passando a Educação Médica a ser o objetivo fundamental da análise (LAMPERT et al, 2004).

Com a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em que ficaram estabelecidos grandes avanços sociais, no que se refere à participação popular e ao conceito de “saúde direito de todos e dever do Estado”; bem como a aprovação da nova constituição, em 1988, e das Leis Orgânicas em 1990, que garantiram legalidade ao Sistema Único de Saúde, surgiram algumas questões quanto ao ensino médico e o seu vínculo com o então SUS. Em vários momentos foram debatidas estratégias de aproximar não somente a formação dos futuros profissionais médicos ao sistema assistencial de saúde do Estado, mas todos os cursos profissionalizantes da saúde.

Em 1991, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e mais nove instituições relacionadas à profissão médica constituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) com a finalidade de avaliar a Educação Médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde (NOGUEIRA, 2009). Ainda de acordo com Feuerwerker (2002), o CINAEM teve o propósito de substituir um “exame de ordem” para a categoria médica (exame para avaliar os recém-formados, cujo resultado lhes permitiria ou não o exercício profissional). Essas respectivas entidades admitiam a existência de uma crise entre a situação social e sanitária e o modelo de Educação Médica vigente no país, mas não aceitava o “exame de ordem” como uma solução para o problema, preferindo investir em uma iniciativa que partisse de instituições vinculadas à categoria médica como forma de ampliar a adesão das escolas médicas na solução da crise. Naquele momento, todavia, não existia nenhuma proposta mais elaborada.

Inicialmente a CINAEM resolveu aplicar um questionário elaborado pela OPAS, que possuía o objetivo de diagnosticar a situação das escolas médicas latino-americanas, abrangendo questões sobre a estrutura política e econômico-administrativas das escolas, infraestrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa e

médico formado. De forma surpreendente, das então oitenta escolas médicas existentes no Brasil, setenta e oito responderam ao questionário, salientando o interesse das escolas e importância do problema; tendo ainda como resultado inicial, a averiguação da necessidade de estabelecer um novo estudo aprimorado na etapa seguinte do CINAEM sobre três variáveis: Recursos Humanos, Modelo Pedagógico e Médico formado.

Também no ano de 1991, embora de forma não planejada, a Fundação Kelloggs lançou as bases de uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde, o Programa UNI. A proposta surgiu da avaliação crítica das experiências de Integração Docente Assistencial (IDA), na América Latina, e pretendeu ir além do que já tinha sido possível alcançar nas escolas, nos serviços e na sua relação com a comunidade (FEUERWERKER 2002).

Estava lançado o desafio ao desenvolvimento de um projeto de mudança às escolas de saúde e não somente a cursos isolados, pressupunha-se, além disso, a articulação da universidade com os serviços de saúde e com a comunidade.

Ao analisarmos o fato de que foi em outubro de 1990, durante o XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica, que a CINAEM começou a ser articulada e anunciada publicamente no XXXI Congresso (Campinas - 1991), bem como nos primeiros meses de 1991 a fundação Kelloggs iniciou suas reuniões internas para definir as linhas gerais do projeto UNI, por sua vez anunciada publicamente mediante carta-consulta às universidades latino-americanas, podemos dizer que ambas nasceram juntas, tornando-se muito próximas.

Durante o XXXI Congresso da ABEM (Campinas – 1991), iniciou-se o processo de resposta por parte das escolas, ao extenso questionário da fase I do projeto CINAEM. As escolas participantes da iniciativa UNI apoiaram esse processo, diminuindo algumas das resistências existentes. Foi nesse contexto que o curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL) foi o primeiro a responder o questionário, sendo de forma bastante participativa (FEUERWERKER, 2002).

A Universidade de Londrina teve seu curso de Medicina reformado. A nova proposta foi discutida e elaborada por professores e estudantes dos quatro centros que participam da formação médica, tendo como base os princípios centrais de “um novo modelo acadêmico”, que busca excelência técnica e relevância social, construído no Centro de Ciências da Saúde ao longo da década de 90, que são:

articulação academia – serviços – comunidade; interdisciplinaridade; ação multiprofissional; ensino e pesquisa orientados por problemas prioritários de saúde da população; formação orientada para a atenção integral à saúde; articulação ensino-pesquisa-assistência; integração do conhecimento das disciplinas básicas e clínicas; inserção precoce do aluno em ações comunitárias e nos serviços de saúde; ensino baseado em problemas como uma das metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, prática tutorial na relação professor-aluno predominando em relação às aulas expositivas; uso de tecnologia apropriada, Educação permanente como compromisso da universidade (FEUERWERKER, 2002, p. 97).

Infelizmente, a implantação dessa nova proposta não foi exatamente como planejada, entre outros entraves, a adesão dos clínicos (professores da Clínica Médica, da Cirurgia, da Pediatria e da Ginecologia e Obstetrícia), que era político e administrativo e exigia a ação do centro, foi muito desgastante, e chegou ao ponto de ser tratado apenas no campo administrativo. De certa forma, o fato de querer mudar toda uma estrutura hierarquizada por muitas décadas a um modelo de ensino-aprendizado novo, do ponto de vista metodológico, com certeza apresentaria uma série de resistências.

Ficou evidente que, embora com muito esforço e dedicação, algumas mudanças apresentariam fortes resistências. Dessa forma, a tendência das novas escolas médicas foi de inserir já em seus modernos currículos, as alterações necessárias que pudessem sanar os equívocos presentes nas escolas tradicionais, particularmente, as de características flexnerianas.

3 A ESCOLA MÉDICA BRASILEIRA

Somente após a vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil, foram criados os primeiros cursos regulares de Medicina, inicialmente, sob forma de cadeiras, em Salvador, e, em seguida, no Rio de Janeiro. Ambos os cursos se instalaram em dependências militares (hospitais) que, outrora, pertenciam aos jesuítas. A criação desse curso fazia parte de uma política real indispensável para a formação de futuros ocupantes de postos na burocracia estatal, que supriam as necessidades do recém-instalado governo português no Brasil.

Além da formação regular de médicos e cirurgiões nas universidades européias, havia, nos tempos coloniais, no Brasil, um sistema que permitia que indivíduos fossem “licenciados” para a prática médica e de cirurgião-barbeiro, sem que tivessem frequentado qualquer estabelecimento de Ensino Superior. Assim, médicos e cirurgiões regularmente formados, podiam dispor de aprendizes que, ao contrário da formação acadêmica de forte conteúdo teórico, eram submetidos a treinamento empírico e deviam, após terem sido considerados aptos pelos tutores, prestar exames perante a Junta do Protomedicato e depois do Físico-Mor, e do Cirurgião-Mor, as instâncias administrativas máximas no Brasil, na área da saúde, até meados do século XIX, designadas pelo rei de Portugal. Tal sistema, no entanto, prestava-se mais à compra das licenças do que a um tipo específico de aferição dos conhecimentos.

Das primeiras escolas médicas criadas em Salvador e no Rio de Janeiro, em 1808, até as atuais 111 escolas presentes na maioria dos estados brasileiros, temos assistido a um crescimento pouco ordenado, decorrente de pressões locais e/ou interesses particulares, em detrimento de um planejamento educacional racional. Esse crescimento foi mais intenso na década de 60, quando as restrições existentes na legislação, que regulava a criação de novas escolas foram flexibilizadas, com o objetivo de facilitar a expansão. Nesse período, havia uma intensa pressão política pela expansão das vagas no sistema de Ensino Superior, especialmente por parte da classe média, cujos filhos estavam engrossando as listas dos “excedentes”. Havia, entretanto, artigos técnicos que propugnavam a ampliação do número de escolas e de vagas como uma estratégia necessária ao desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil.

A política de liberalização dos critérios e condições para a criação de escolas médicas no Brasil, especialmente na década de 90, estabeleceu um novo surto de crescimento quantitativo dessas escolas. Muitas iniciaram o seu funcionamento sem terem autorizações oficiais, com a certeza de que não seriam impedidas de funcionar, salvo após muitos anos e se o sistema de avaliação oficial de implementação (Avaliação das Escolas e Exame Nacional de

Cursos – Provão) funcionasse a contento. Até o presente momento, não existem evidências de apoio político a qualquer decisão que leve ao fechamento de alguma escola. Mesmo entre os estudantes, defensores históricos do ensino de qualidade, quando confrontados com a possibilidade efetiva de uma luta pelo fechamento de escolas sem condições adequadas de funcionamento, optam por defender o funcionamento dessas escolas, supostamente para não prejudicar seus colegas, o que pode ser visto como uma visão política limitada e protecionista.

No Brasil contemporâneo, as repercussões do relatório de Flexner foram mais tardias. À imagem do modelo europeu, só foi oficialmente reformulada em 1968, com a imposição da Reforma Universitária, de influência americana (acordo MEC-USAID), que extinguiu as cátedras, substituindo-as pela estrutura departamental e, no caso do curso médico, criou a obrigatoriedade de um núcleo básico, comum a todos os cursos da área da saúde, e um ciclo profissional.

A maioria dos cursos de graduação em Medicina, no Brasil, ainda se organiza de acordo com a Resolução número 08, de 08 de outubro de 1969, com uma duração média de seis anos, sendo os dois anos iniciais dedicados a estudos de cadeiras básicas, como Biologia, Ciências Morfológicas, Ciências Fisiológicas e Patologia, que na verdade, se traduzem em Anatomia, Fisiologia, Genética, Histologia, Parasitologia entre outras (REGO, 2003). Atualmente já se torna comum o aparecimento de cadeiras como Psicologia Médica e Antropologia, o que muitas vezes representa algum tipo de mudança curricular ou mesmo estratégia pedagógica.

Uma das problemáticas evidenciadas reside na distância entre os conteúdos ministrados nos dois primeiros anos e aqueles do ciclo profissional, como Semiologia, Pediatria, Cirurgia, Anestesia, Psiquiatria entre muitos outros. Não obstante, é frequente a queixa docente da necessidade de extinguir alguns conteúdos sob o argumento da não utilização dos mesmos durante a profissionalização do acadêmico.

A partir do 5º semestre de Medicina, ou terceiro ano, dá-se início ao ciclo profissionalizante, geralmente em Hospitais de Ensino ou Hospital Escola.

Essas disciplinas seguem a ordem das especialidades médicas, além das indispensáveis Medicinas Interna e Semiologia médica. Assim como no ciclo básico, não são previstas relações interdepartamentais. Os conteúdos se sucedem sem que se verifiquem as necessárias inter-relações. A carga horária prevista na grade curricular para cada disciplina/especialidade é motivo de intensas disputas entre os diversos departamentos dentro da faculdade, sendo, na maioria das vezes, meras “disputas de poder”, similar à maioria das escolas de quaisquer outras profissões.

Diagnosticado como o coração da Educação Médica, algumas particularidades das aulas práticas devem ser consideradas. Com extensas cargas horárias, nem sempre executadas, poucas vezes são qualificadas e poucas instituições se propõem a detalhar como essa prática se dará de fato. Antes da criação de Hospital Escola ou de Ensino, o ensino médico ocorria nas instituições de assistência médica oferecida aos pobres, sob o argumento de estarem oferecendo uma assistência de qualidade, justificando que os pacientes fossem objetos de estudo e ensino. Isso não era um acordo, mas uma decisão dos profissionais da saúde, que, por sua vez, se utilizavam da vulnerabilidade dos pacientes, os quais, muitas vezes, não dispunham de outra opção.

Infelizmente, essa situação facilita outra situação, mesmo que de forma inconsciente ou implícita, facilita o paternalismo e o autoritarismo médico no que diz respeito à relação com o paciente.

Por outro lado, esse modelo de ensino vem sendo, desde 1950, periodicamente criticado, de forma inicial nos Estados Unidos e, posteriormente, nos países que adotaram o modelo flexneriano, como o Brasil. Ocorreu uma sucessão de “propostas” ao modelo de Flexner, que embora aplicados na prática, pouco alteraram de forma substantiva o processo educativo, servindo apenas de paliativos do que possíveis reformas efetivas. Cita-se como exemplos, a criação de departamento de Medicina preventiva e à formulação de programas de integração docente-assistenciais.

4 A UNIVERSIDADE ESTUDADA

4.1 A Universidade

A história da universidade, em que se realizou o presente estudo, é do início da década de sessenta, do século passado, em uma região que apresenta diferenças significativas não apenas geográficas, como econômicas, socioculturais e políticas. Diferentes etnias povoaram essa respectiva região, hoje composta por mais de oitenta, entre elas, alemã, africana, italiana e portuguesa (KIPPER, RIZZATO E VOGT, 2003).

De forma notável, nesse mesmo período, estavam surgindo em Santa Maria, São Leopoldo, Ijuí, Passo Fundo e Caxias do Sul cursos de graduação em nível de terceiro grau, influenciando a comunidade local a se mobilizar com relação a também possuir uma instituição de formação de ensino em grau superior na região.

Historicamente, o surgimento das faculdades e universidades a nível nacional esteve relacionado ao crescimento de demandas provocado pela industrialização, crescimento populacional e pela urbanização do país. Particularmente, durante o século XX, a partir da ampliação do modelo econômico de substituição de importações, incentivando a indústria nacional de produção, mais evidente durante o governo do então presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961), estendendo de forma importante durante o governo militar, salientando-se o período do presidente Ernesto Geisel (1974-1979); desta forma, grandes partes dos jovens da região se dirigiam a Porto Alegre, Santa Maria, ou outros centros, com a intenção de obter qualificação em terceiro grau; sendo que, desses, apenas uma parcela pequena retornava para seu local de origem (KIPPER, RIZZATO E VOGT, 2003).

Vários personagens de influência local e nacional, juntamente com uma série de lideranças, começaram a questionar e a reivindicar para Santa Cruz do Sul, a criação de cursos de graduação em “terceiro grau”, argumentando preocupação com o desenvolvimento da comunidade. Em 18 de novembro de 1961, foi realizada uma reunião com o representante local no Legislativo Estadual, deputado Euclides Kliemann, que, por sua vez, transmitiu a sugestão recebida por seu amigo Deputado Federal Tarso Dutra, de que fosse criada, em Santa Cruz do Sul, a exemplo do que ocorrera em Santa Maria, uma Associação que pudesse propugnar pelo desenvolvimento do Ensino Superior, auxiliando a obter recursos e apoio político para a instalação de cursos. Ao final da reunião, constituiu-se uma Comissão Estruturadora da futura associação e se elaborou um estatuto para a sociedade (KIPPER, RIZZATO E VOGT, 2003).

Uma nova reunião, dessa vez em 17 de março de 1962, aprovou a criação da Associação Pró-ensino em Santa Cruz do SUL – APESC, cujas finalidades estabelecidas no estatuto eram:

- a) Propugnar pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento do ensino em todos seus graus, especialmente técnico e superior;
- b) Promover e estimular a realização da pesquisa científica dos diferentes setores culturais abrangidos pelo conhecimento humano;
- c) Promover, na medida de suas posses, a difusão das ciências e das letras e concorrer para o aperfeiçoamento do ensino e do engrandecimento da cultura nacional;
- d) Contribuir para o incremento da solidariedade humana, principalmente nos campos social e cultural, em defesa da civilização;
- e) Criar e manter, com os donativos recebidos, Escolas Técnicas e Faculdades (KIPPER, RIZZATO E VOGT, 2003).

Ainda de acordo com Kipper, Rizzato e Vogt, (2003), uma série de entidades se fez presente no ato da fundação da APESC, sendo válido citar:

- 1) Associação Comercial de SCS;
- 2) Associação de Professores da Escola Normal Sagrado Coração de Jesus;
- 3) Associação de Professores da Escola Normal Murilo Braga de Carvalho;
- 4) Associação de Professores de Santa Cruz do Sul;
- 5) Associação dos Engenheiros Agrônomos;
- 6) Associação dos Ex-Alunos Irmãos Maristas;
- 7) Associação Ex-Alunos e Amigos do Colégio Mauá;
- 8) Associação Rural de Santa Cruz do Sul;
- 9) Câmara Municipal de Vereadores;
- 10) Centro de Desenvolvimento da Comunidade;
- 11) Centro de Treinamento Agrícola;
- 12) Colégio Mauá;
- 13) Colégio São Luiz;
- 14) Comando Sindical de Santa Cruz do Sul;
- 15) Delegacia do Centro de Indústrias;
- 16) Escola do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI;
- 17) Escola Normal Sagrado Coração de Jesus;
- 18) Escola Normal Rural Murilo B. de Carvalho;

- 19) Gazeta do Sul;
- 20) Inspetoria Fundamental de Ensino;
- 21) Lions Club Santa Cruz do Sul;
- 22) 8º Regimento de Infantaria;
- 23) Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul;
- 24) Programa Coop. Extensão Rural/ASCAR;
- 25) Promotoria de Justiça;
- 26) Rotary Club Santa Cruz;
- 27) Sindicato Indústria do Fumo;
- 28) Sindicato dos Comerciantes;
- 29) Sindicato dos Contabilistas;
- 30) Sociedade Beneficente e Caritativa “Ana Nery”;
- 31) Sociedade Escolar de Santa Cruz;
- 32) Sub-Secção AMRIGS;
- 33) Sub-Secção da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB;
- 34) União dos Estudantes de Santa-cruzenses - UESC.

De acordo com os documentos do início da instituição, a entidade deveria atuar em consonância com três conselhos: O Conselho Superior, integrado por autoridades, representantes de associações de classe e dirigentes educacionais, cuja função era formular sugestões e opinar sobre propostas e projetos da Diretoria e dos demais conselhos; o Conselho Deliberativo, com poder para resolver todos os assuntos; e o Conselho Fiscal, integrado por representantes da imprensa escrita e falada e dos Rotarys e Lions da cidade, a quem cabia a tarefa de fiscalização permanente das atividades financeiras da Diretoria. Assim, além do caráter eminentemente comunitário e participativo, já apresentava dispositivos para o controle de gestão (KIPPER, RIZZATO E VOGT, 2003).

No ano de 1962, na primeira reunião do Conselho Deliberativo da Apesc foi eleita a primeira diretoria da entidade para um mandato de um ano, sendo eleito na oportunidade Jürgen Klemm presidente, Hardy Martin, Diretor do Colégio Mauá, 1º Vice-presidente, e irmão Álvaro, diretor do Colégio São Luis, 2º Vice-presidente; sendo, de acordo com o estatuto, todas as atividades seriam exercidas sem remuneração. A próxima tarefa seria um estudo para definir o curso superior que teria melhor condições de ser viabilizado, sendo a Faculdade de Ciências Contábeis a mais favorável.

No decorrer do ano de 1963 foram realizados todos os esforços para a aprovação da

respectiva faculdade, culminando em 19 de março de 1964 com a assinatura do então presidente João Goulart, sendo publicado a seguir no Diário Oficial da União. Em 11 de abril de 1964 foi registrada a instalação da Faculdade de Ciências Contábeis de Santa Cruz do Sul – FACCOSUL – que passou a funcionar no período noturno nas dependências do Colégio São Luís, onde permaneceu até 1972; sendo ainda, que a primeira turma de 28 bacharéis colou grau em 14 de dezembro de 1967, e em maio do ano seguinte, o CFE (Conselho Federal de Educação) aprovou o reconhecimento da Faculdade. A partir de 1972 iniciou a faculdade de Administração, formando a primeira turma em dezembro de 1975 (KIPPER, RIZZATO E VOGT, 2003).

Posteriormente, foi criada a Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras, a Faculdade de Direito e a Escola Superior de Educação Física. Em 1980, as quatro faculdades mantidas pela APESC passaram a constituir as Faculdades Integradas de Santa Cruz do Sul – FISC – que por sua vez possuíam autonomia didático-pedagógica em relação à APESC, a quem competia apenas a administração patrimonial e financeira. Até 1986, o Diretor Geral da FISC era nomeado pelo Presidente da APESC dentre os professores titulares em exercício na Instituição, sendo então que a partir desse ano a Direção-Geral, as Direções de Faculdades e as chefias de departamentos passaram a ser eleitas pelo voto direto e paritário da comunidade acadêmica (UNISC, 2001).

A década de 90 foi muito importante para a formação da UNISC, uma das mais importantes Universidades Comunitárias do Estado, sendo que em 1991 o Conselho Federal de Educação aprovou a Carta-Consulta das Faculdades Integradas com vistas à criação da Universidade. Em 1992 foram extintas as Faculdades, e os departamentos passaram a ligar-se diretamente à Administração Superior. Em 1993, culminando todo o processo de transição, a Universidade de Santa Cruz do Sul foi reconhecida através da Portaria n°. 880, de 23/06/93, com base no parecer CFE n°. 282, de 05/05/93 (UNISC, 2001).

A partir do reconhecimento da UNISC, houve um incremento na criação de novos cursos de interesse regional, contando, até o ano de 2001, com 27 cursos, oferecendo 40 habilitações profissionais. Na década de 80 passaram a ser oferecidos cursos de especialização e aperfeiçoamento, contribuindo de forma sistemática com a melhoria da qualidade do ensino e incrementado a pesquisa e a qualificação profissional das mais diversas áreas. Ainda em 1994, foi criado o primeiro mestrado stricto sensu da instituição, o Mestrado em Desenvolvimento Regional, com quatro áreas de concentração: Sociocultural, Econômico-Organizacional, Técnico-Ambiental e Político-Institucional. E em 1997 foi aprovado o projeto para oferta do Mestrado em Direito, com áreas de concentração em Direitos Sociais e

Políticas Públicas (UNISC, 2001).

Buscando e incentivando a qualificação docente e técnico-administrativa, a UNISC criou em 1985 o Plano de Carreira do Pessoal Docente, e em 1987 instituiu seu Programa de Qualificação Docente, com concessão de bolsas de afastamento para a realização de cursos de mestrado e doutorado. Em 1998 foi criado o Plano de Carreira do pessoal Técnico-Administrativo, que também prevê bolsas para mestrado e recursos para participação em cursos e seminários, além de um programa permanente de desenvolvimento de gestores e de funcionários técnicos e administrativos (UNISC, 2001).

As atividades de pesquisa e extensão, inicialmente institucionalizadas na FISC em 1987, apresentaram um crescimento significativo a partir de 1993, e particularmente a pesquisa que, em 1997 contou com a criação do FAP – Fundo de Apoio à Pesquisa. As produções científicas e culturais, docente e discentes, contavam com o incentivo através da publicação em livros e revistas editados pela própria instituição (UNISC, 2001).

4.2 Contextualização: dados sócio-econômicos da região Vale do Rio Pardo e Centro-Serra

A UNISC (Universidade de Santa Cruz do Sul) está localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, próximo 150 km de Porto Alegre. Com forte influência da colonização alemã e portuguesa, em uma área que abrange cerca de 70 (setenta) municípios (UNISC, 2001).

O desenvolvimento econômico desta respectiva região possui características peculiares e está entre os mais dinâmicos do Estado. Santa Cruz do Sul, com mais de cem mil habitantes, é um dos centros urbanos que apresenta maior crescimento.

O setor agrícola, com ênfase na cultura do fumo e na agricultura de subsistência, estando atrelado a um grande elenco de indústrias de beneficiamento do tabaco, juntamente com uma importante indústria metalúrgica, vestuário, alimentação, bebidas, mecânica, química, moveleira e borracha, fazem de Santa Cruz do Sul um município com uma colocação singular a nível nacional, com uma renda per capita avantajada.

O Vale do Rio Pardo cresceu combinando o desenvolvimento nas lavouras fumo e o aperfeiçoamento da industrialização de sua produção, formada por 25 municípios, a região é hoje uma das mais desenvolvidas do Rio Grande do Sul. Embora a agricultura ainda apareça como a maior fonte de renda, a população vive, na maioria, na zona urbana, sendo 215 mil habitantes nas sedes municipais e 192 mil no interior; embora alguns municípios ainda

permaneçam como predominantemente rurais. Dezenove dos vinte e cinco municípios da região são considerados rurais, como Gramado Xavier, que tem uma população de 3.284 habitantes, e destes, apenas 382 na sede municipal (UNISC, 2001).

Dentro desta conjuntura, a UNISC recebeu forte impulso da região, sendo uma universidade de características comunitárias, os esforços são direcionados no sentido do crescimento não apenas econômico, mas o bem estar físico e psíquico dos cidadãos, propiciando cada vez mais cursos que venham a contemplar os interesses e necessidades da região, atraindo pessoas de todo o estado e também de várias partes do Brasil. O comunitário assume então uma abertura para o público.

4.3 O curso de Medicina da Universidade estudada

Colocamo-nos na tarefa de exercer o propósito de pesquisa desta dissertação de mestrado em uma escola jovem, onde os primeiros médicos egressos datam de dezembro de 2011.

A APESC, mantenedora da UNISC, concluiu a aquisição do Hospital Santa Cruz em junho de 2003, iniciando então as tarefas a seguir, no sentido de torná-lo um Hospital Escola e, a partir de agosto do mesmo ano, a formulação do projeto do curso de Medicina. Em 2005, após a visita da Comissão de especialistas do MEC, houve a autorização para o curso de Medicina, e em fevereiro de 2006, ocorreu à emissão do parecer favorável ao funcionamento do curso de Medicina da UNISC; o Quadro 1 apresenta os dados gerais do curso de Medicina, de funcionamento integral, com duração mínima de seis anos, com ingresso de trinta alunos por semestre (UNISC, 2010) .

De maneira prática e objetiva, a grande maioria dos cursos de graduação em Medicina do país usou e/ou usa a mesma matriz curricular, ou seja, o modelo “flexneriano” do início do século passado, repetindo a metodologia de ensino. Entretanto, já a partir da segunda metade do século passado iniciaram os questionamentos sobre o modelo elaborado por Flexner, ainda mais quando há a pretensão de atender as necessidades e carências sanitárias e sociais da região em que se propõem a serem inseridas tais escolas médicas.

De acordo com Lampert:

O movimento transformador que vem delineando mudanças nos cursos de graduação da área de saúde, em especial nas escolas médicas, apresenta uma coerência identificada na sequência de eventos e documentos que surgem na década de 1960 com o movimento da reforma sanitária e se intensifica no decorrer do final do século XX e início do século XXI. A expansão do conhecimento de aspectos do processo saúde-doença e seus determinantes, que estão além do biológico do indivíduo, levam tacitamente a analisar e a construir mudanças ao se tratar de saúde. Aspectos que compõem o desenvolvimento saudável da vida humana, mais bem conhecidos, questionam a forma demasiado técnica de abordar os problemas de saúde da população (LAMPERT, 2009c, p. 6).

O curso de Medicina da UNISC traz, em seu currículo, várias modificações que objetivam melhorar a graduação dos futuros médicos, alterando o paradigma da Educação Médica, adotando uma metodologia de ensino com características peculiares como: aprendizagem baseada em problemas; problematização e contextualização de conteúdos; aprendizagem em pequenos grupos; aprendizagem orientada para as demandas da comunidade; o SUS como cenário fundamental da abordagem curricular; e, o papel ativo dos estudantes, capaz de avaliar e avaliar-se, bem como conduzir seus estudos e aprofundamentos (SEBASTIANY e BASTOS, 2011).

Sendo assim, o currículo do curso de Medicina da UNISC prima pelo paradigma da integralidade; o qual vem sendo construído no pensar e fazer do profissional da saúde com objetivo de complementar o que o paradigma flexneriano deixou de atender, induzindo a um novo modelo pedagógico sugerido para os cursos da área da saúde, especialmente ao curso de Medicina, visando ao equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social (LAMPERT, 2005).

Quadro 1 - Dados gerais do Curso

Denominação do curso:	Medicina	
Diploma conferido:	Médico	
Modalidade:	Presencial	
Endereço de oferta do curso:		
Código do curso na IES:	1548	
Carga horária mínima do curso e n° de semestres:	8.520 horas - 12 semestres	
Dados legais:	Autorização: Parecer 18/2006, de 02/02/2006 do Conselho Nacional de Educação. Homologado pelo Ministro da Educação, conforme publicação do Diário Oficial da União, de 16/03/2006. Reconhecimento: Ano de Início: 2006	
Turno de funcionamento:	(X) integral () manhã () tarde () noite	
Nº. de vagas anuais oferecidas:	60 anuais (30 semestrais)	
Regime de Matrícula:	Seriado semestral, sistema de créditos com matrícula por módulo.	
O curso oferece disciplinas a distância?	Não	Tempo Máximo
Integralização do Curso:	Tempo Mínimo	9 anos - 18 semestres
Dimensão das turmas:	6 anos - 12 semestres teóricas: 30	práticas: 15/10/06/05

Fonte: UNISC, 2010

4.3.1 Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina

O verdadeiro significado de estruturar o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina é demonstrar compromissos e acreditar nas funções que o ensino deve cumprir na sociedade. Toda a estrutura, desde os currículos, conteúdo das disciplinas, sua organização, condutas e opiniões de professores e alunos não podem ser consideradas neutras, ou seja, não podemos julgar que estejam a parte de toda a estrutura econômica, política e cultural da sociedade (LAMPERT, 2009b).

Não há um consenso quanto ao uso da denominação “Projeto Político-Pedagógico” ou simplesmente “Projeto Pedagógico”; e só existe esta divergência pelo fato de ser esta temática

relativamente nova para muitos educadores, seja por falta de circulação das produções dos diferentes autores e instituições, além do fato de haver diferentes compreensões e pressupostos. Deve ser mencionado que toda ação pedagógica é por si só política, uma vez que visa formar o cidadão; desta forma, sempre servimos a algum interesse político, pois não existe neutralidade; se não temos um projeto explícito assumido, com certeza estamos seguindo o projeto de alguém (VASCONCELLOS, 2006).

A Constituição Nacional, elaborada em 1988, apresentou um marco evolutivo importante na questão da saúde, e é bem clara ao expressar “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, criando a partir daí o Sistema Único de Saúde (SUS); dentro deste contexto é que são formadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), norteando um perfil ideal do profissional médico a ser formado, com as seguintes características: generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de trabalhar em equipe; induzindo assim, às escolas médicas a adaptarem seus projetos político-pedagógicos a formar profissionais com competência para atender às necessidades de saúde (NS) da população, aproximando as respectivas escolas aos serviços de saúde da comunidade e promovendo sua interação, em seus vários níveis de atendimento, em conformidade com a Constituição, onde o SUS deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde. As necessidades básicas de saúde são assim compreendidas:

[...] conjunto de necessidades em saúde, o qual envolve as exigências principais, socialmente determinadas para uma vida saudável individual e coletiva. Refere-se aos elementos primários de sobrevivência e convívio social (alimentação, Educação, moradia, trabalho, transporte, meio ambiente, lazer), essenciais para uma vida de qualidade. O atendimento das NS inclui ter acesso aos serviços de promoção, preservação, recuperação e reabilitação da saúde, dentro de um sistema que dispõe de uma rede de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atendimento em saúde. Sistema que conta com condições apropriadas de tecnologia instalada e de recursos humanos qualificados (conhecimentos, habilidades e atitudes), nas diferentes funções e níveis, reconhecidos e respeitados pela sociedade. O conjunto de ações para atender às NS dispõe de lugar e papel estratégico para o profissional médico que conclui o curso de graduação, desafiando as escolas médicas a conferir a formação adequada a esse profissional (LAMPERT, 2009b, p. 7).

A Escola Médica, ao formar o profissional capacitado a trabalhar em equipe, atender adequadamente às necessidades mais frequentes de saúde, sendo capaz de construir o conhecimento a partir da formulação de problemas encontrados no dia-a-dia do exercício profissional e promover soluções adequadas, estará respondendo aos pré-requisitos das DCN. É este o motivo de inserir nos currículos conteúdos relacionados ao processo saúde-doença do

cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Medicina. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo, no processo saúde-doença (LAMPERT, 2009b).

Muitas vezes, de forma equivocada, o cuidado primário em saúde é considerado uma atividade simples, que utiliza poucos equipamentos, sendo considerado até como assistência simplificada. No entanto, apresenta um grau elevado de complexidade na articulação de diversos saberes e múltiplos profissionais. Isto irá refletir na atuação do profissional médico, que precisa, a partir dessa nova concepção, desenvolver uma adequada abordagem e efetiva transformação nesse nível de atendimento, uma sofisticada síntese de saberes e complexa interação de ações: individuais e coletivas. A gama de demandas delimitada pela noção de necessidades básicas envolve um conjunto de ações médicas sanitárias e clínicas que resulta em um trabalho complexo, ao atender requisitos de alta complexidade resolutive e, ao mesmo tempo, alta sensibilidade diagnóstica, atuando corretamente nas demandas primárias e nos encaminhamentos dentro do sistema assistencial (ABDALLA, 2009).

Há um reconhecimento internacional de necessidade de mudança na Educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde. O processo de mudança na Educação traz inúmeros desafios, entre os quais romperem com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CYRINO e TORALLES-PEREIRA, 2004).

4.3.2 Concepção do Curso de Medicina da UNISC

Principalmente nas duas últimas décadas do século passado, a escola inicia um processo onde passa a ser considerada como um importante espaço na concretização das políticas educativas, sendo promovida uma organização social, inserida num contexto local, com uma identidade e culturas próprias, um espaço de autonomia a construir e descobrir, susceptível de se materializar num processo educativo. De forma concomitante, foram desenvolvidos novos instrumentos de planejamento, onde novas concepções são criadas no

intuito de enfrentar a complexidade da prática educativa. A tradicional “filosofia da escola” e o velho e bom “regimento escolar” já não dão conta de gerir o cada vez mais à situação caótica da Educação. A cada vez maior conquista de direitos, a febre crescente do querer participar contribuem para conjuntura escolar mutante. Neste contexto, o Projeto Político-Pedagógico vai se afirmando como uma necessidade para os educadores e para as instituições de ensino (VASCONCELLOS, 2006).

A Educação, devido ao seu comportamento evolutivo e dinâmico com a sociedade, onde novas necessidades dessa apontam para alterações compatíveis e justificáveis nas diferentes conjunturas locais e regionais. O exemplo disto, Vasconcellos traz um conceito muito completo quando o assunto se refere ao Projeto Político-Pedagógico:

O Projeto Político-Pedagógico é o plano global da instituição. Pode ser entendido como a sistematização, nunca definitiva, de um processo de um projeto de planejamento participativo, que se aperfeiçoa e se objetiva na caminhada, que define claramente o tipo de ação educativa que se quer realizar. Trata-se de um importante caminho para a construção da identidade da instituição. É um instrumento teórico-metodológico para a transformação da realidade. Enquanto processo, implica a expressão das opções da constituição, do conhecimento e do julgamento da realidade, bem como as propostas de ação para concretizar o que se propõe a partir do que vem sendo; e vai além; supõe a colocação em prática daquilo que foi projetado, acompanhando a análise dos resultados (VASCONCELLOS, 2006, p. 17-18).

O Curso de Medicina da UNISC apresenta a mesma filosofia e objetivo de todo o trabalho iniciado pela APESC em 1962, ou seja, o comprometimento com a população e o desenvolvimento regional, reforçando as características de uma Universidade Comunitária.

Sendo assim, o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina contempla a visão e a missão institucional, no que se refere à formação do estudante e, nos seus diferentes componentes, evidencia o compromisso com a sua formação integral, por sua vez prevista no Plano Pedagógico Institucional, atendendo igualmente, os aspectos legais que fornecem suporte ao curso: Lei 9394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) e os atos legais dela derivados, bem como a legislação específica de campo de formação profissional: as Diretrizes Curriculares Nacionais para ao Curso de Graduação em Medicina (UNISC, 2010).

A Universidade, a Escola, é a instituição jurídico-legal, na qual se constrói o conhecimento formal e se adquire a habilitação e o título profissional. E na sequência, como parte do controle corporativo o profissional deve receber um número de registro do Conselho

Regional para ingressar no mercado de trabalho (registro no conselho regional da profissão). Portanto, no processo de formação do profissional, é preciso haver um sistema de ensino formal, no caso, as escolas médicas, com seus respectivos programas curriculares. No advento das especializações, as escolas estruturadas em departamentos (Reforma Universitária de 1968) com currículos divididos de forma estanque, em ciclos básicos e profissionalizantes, se fragmentam no que diz respeito à abordagem pedagógica em disciplinas isoladas que tem pouca interação entre si; reproduzindo um modelo hospitalocêntrico, criado sobre o paradigma flexneriano, propiciando visões restritas das partes do ser humano, retratando a estrutura da assistência à saúde tratando a doença como mais importante, incentivando a formação de especialistas em detrimento da visão generalista com abordagem integral com visão do indivíduo como um todo, o qual daria prioridade a todas as formas de saúde, desde a prevenção, promoção e reabilitação social (LAMPERT, 2005).

Após a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, pelo Ministério da Educação (MEC), em novembro de 2001, houve a necessidade de apoio e acompanhamento das mudanças a serem pleiteadas nas escolas médicas brasileiras; tarefa assumida pela Associação Brasileira (ABEM), que por sua vez ainda objetiva a melhoria na qualidade da assistência à saúde oferecida a população; visando a formação do médico no curso de graduação com predominância de um perfil generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitados a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção; tendo em vista as 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; referenciando assim o Projeto Pedagógico Institucional e Projeto de Desenvolvimento Institucional da ABEM (ABDALLA et al, 2009).

Logo, o Curso de Medicina da UNISC defende a necessidade de formação de um profissional egresso do curso comprometido com a atuação ética, respeito com o outro, capacidade de discernimento, criticidade, participação, criatividade, compromisso com a sociedade e suas necessidades de transformação. O profissional egresso da Universidade deve estar capacitado a compreender a realidade e desenvolver novas tecnologias, tendo como base a identificação e resolução de problemas considerados em seus múltiplos determinantes, quais sejam: políticos, econômicos, culturais, sociais e ambientais. Nesse sentido a proposta do Curso de Medicina atende aos interesses individuais dos estudantes, e as necessidades e possibilidades de inserção profissional, o que justifica plenamente seu lugar na Instituição (UNISC, 2010).

4.3.3 Objetivos do Curso de Medicina da UNISC

4.3.3.1 Objetivo Geral

O Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul, onde se realizou o estudo, tem como objetivo primordial a formação profissional, humanística e crítica do médico, comprometido com:

- a) A promoção e atenção à saúde da mulher, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso;
- b) A reorientação das estratégias no modo de tratar, cuidar e acompanhar a saúde individual e coletiva, em diferentes contextos de atuação profissional;
- c) A busca da Educação permanente, enquanto pressuposto para a transformação das práticas profissionais, a partir da reflexão-ação na rede de serviços de saúde;
- d) Os diferentes elementos que fazem parte do conceito de “integralidade do atendimento à saúde” (acolhimento, vínculo, autonomia, resolutividade, responsabilização e ética profissional) (UNISC, 2010).

4.3.3.2 Objetivos Específicos

O Curso de Medicina da UNISC, de acordo com o Projeto Pedagógico, em concordância com as novas correntes do ensino médico à nível Nacional, propõe ao máximo a aproximação com o paradigma da integralidade, ou seja, o curso define como objetivos específicos:

- a) Priorizar a formação com bases interdisciplinares;
- b) Favorecer a atuação sob a perspectiva da multiprofissionalidade, a partir de vivências de ensino, pesquisa e extensão;
- c) Desenvolver, no acadêmico, a capacidade de identificar as oportunidades de promoção da saúde, comprometendo-se com a atenção básica, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) Oportunizar o desenvolvimento do “olhar investigativo”, mediante vivências de pesquisas durante a formação na graduação;
- e) Potencializar o vínculo com a comunidade regional, através de ações extensionistas (UNISC, 2010).

4.3.4 Metodologia Pedagógica do Curso de Medicina da UNISC

A atual conjuntura nacional, no que se refere à Educação Médica em particular, possui uma série de particularidades que objetivam legitimar a Constituição Nacional, onde o SUS deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde.

Este movimento leva, também em concordância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, à aproximação das Escolas de Medicina com uma filosofia de ensino que fuja do paradigma “flexneriano”, que foca o ensino médico centrado na doença e desenvolvido principalmente a nível hospitalar (hospitalocêntrica); e se aproxime do paradigma da “integralidade”, objetivando a saúde em todos seus aspectos, como prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, com seu desenvolvimento na rede pública de saúde (SUS), com uma compreensão mais completa do paciente no seu contexto biopsicossocial.

O Curso de Medicina da UNISC, ao desenvolver seu Projeto Pedagógico, objetiva a máxima aproximação ao paradigma da “integralidade”, mesmo com a consciência das dificuldades existentes uma vez que a grande maioria dos professores, por sua vez, foram formados no paradigma “flexneriano”.

Como estratégias para atingir tais objetivos, o Currículo do Curso de Medicina da UNISC adotou as metodologias da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e o sistema de Tutorias, incrementou os locais de aulas práticas para Unidades Básicas de Saúde (UBS), em Programas de Saúde da Família (PSF), ambulatórios das áreas básicas, bem como enfermarias, laboratórios, setores de diagnóstico por imagem, bloco cirúrgico, maternidade, emergência, intensivismo adulto e pediátrico; tendo um cuidado especial em aproximar o acadêmico à realidade social bem como a atuação em equipe e atuação multiprofissional (UNISC, 2010).

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNISC trabalha com o conceito de aprendizagem como “um processo de construção de conhecimentos, competências, habilidades, atitudes e valores, de forma contextualizada, a partir do confronto com a realidade de inserção e atuação dos futuros profissionais médicos”. O professor atua de forma distinta aos modelos tradicionais, isto é, possui a função de orientar e mediar à construção do conhecimento pelo aluno dentro do conhecimento sistematizado histórica e cientificamente, enfatizando a atuação interdisciplinar. Assim, induz o aluno a um comportamento de autonomia científica, intelectual e ética, com um comportamento ativo na sua formação; diferente das escolas tradicionais onde o mesmo é tratado como um receptáculo estático de informações e conteúdos ministrados pelos professores (SEBASTIANY e BASTOS, 2011).

O Currículo do Curso de Medicina da UNISC, do ponto de vista Pedagógico, é considerado como um currículo “*híbrido*”, com aulas teóricas nas áreas de conhecimento que compõem o módulo, aulas práticas nas áreas de conhecimento que compõem o módulo e resolução de problemas interdisciplinares, elaborado a partir dos conteúdos trabalhados nas áreas e supervisionados pelo professor, a esse professor, no Curso de Medicina da UNISC, dá-se a nomenclatura de Tutor, que atua em grupos pequenos de alunos, dez no total, denominados por sua vez por grupos de tutorias, com reuniões semanais (SEBASTIANY e BASTOS, 2011).

A composição do grupo tutorial conta com um aluno coordenador, responsável pela orientação da metodologia problematizadora para a construção do conhecimento, respeitando a opinião dos demais bem como garantindo a participação de todos, sendo responsável pelo resumo ao final de cada reunião; e um aluno secretário, encarregado de fazer as anotações pertinentes no sentido de documentar a síntese de discussões e os objetivos da aprendizagem apontados e atingidos pelo grupo. Essas funções dos respectivos alunos, coordenador e secretário, são alternados a cada nova reunião, garantindo uma participação homogênea e ativa de todos na aprendizagem (SEBASTIANY e BASTOS, 2011).

O professor tutor recebe uma qualificação específica para este fim, tornando-se um profundo conhecedor dos objetivos e do programa didático-pedagógico, devendo possuir disponibilidade para, além dos encontros semanais formais com os alunos, participar também de reuniões de planejamento das sessões tutoriais e para encontro de estudos conforme a necessidade do grupo. Há reuniões regulares dos tutores com a Coordenação do Curso de Medicina, Coordenação de Tutoria, Coordenação Pedagógica e outros profissionais convidados (Psicólogo, Pedagogo, Psiquiatra, Gestores dos Serviços de Saúde, entre outros que se tornarem necessários) a fim de avaliar o desempenho dos grupos tutoriais, bem como discussões e soluções de problemas e dificuldades que possam surgir durante as atividades. É de responsabilidade do professor tutor, através de uma pedagogia interacionista-problematizadora, a mediação do processo de aprendizagem, estimulando então uma correlação com a prática, o problema e o estímulo ao aprofundamento teórico (SEBASTIANY e BASTOS, 2011).

A organização do currículo do Curso de Medicina da UNISC obedece a uma sequência semestral composta por três a quatro “*módulos*” por semestre, que por sua vez são constituídos de diversas áreas de conhecimento (antigas disciplinas), desenvolvidas em atividades teóricas e práticas, presentes em vários módulos de diferentes semestres; isto garante uma metodologia interdisciplinar a partir do início do curso até o final do oitavo

semestre (quatro primeiros anos do curso). Há uma ordem na distribuição dos módulos de forma que um módulo passa a ser pré-requisito do seguinte, garantindo uma lógica crescente do conhecimento a ser desenvolvido para o aluno e pelo aluno (UNISC, 2010).

A metodologia interdisciplinar é reforçada através das atividades desenvolvidas pelos professores articuladores. Há o articulador de módulo, encarregado de promover articulação entre os diferentes conteúdos abordados no módulo em questão (cada módulo conta com um articulador) orientando e colaborando quanto à forma de avaliação; o articulador do curso, responsável por articular ações didático-pedagógicas integradas interdisciplinares entre os diversos semestres e turmas do curso de Medicina; a articulação intercurso, exercida pelo coordenador do curso, com o objetivo de incentivar e viabilizar projetos de ações multiprofissionais entre os diferentes cursos da área da saúde da Universidade; o articulador de práticas comunitárias, com a tarefa de promover a articulação entre as atividades formadoras na universidade e na rede básica de saúde; e o articulador de práticas no Hospital Santa Cruz, com o propósito de planejar e acompanhar o desenvolvimento das atividades práticas no Hospital de Ensino (Hospital Escola) (UNISC, 2010).

Outra característica do currículo do curso em questão é a carga horária destinada às atividades práticas, entre elas as exercidas na comunidade e nos serviços de saúde em seus mais diversos níveis de atendimento e seus sistemas de referência e contra-referência; perfazendo um total de 2.482 horas teóricas e 6.038 horas práticas (UNISC, 2010).

A estruturação curricular composta por eixos transversais contribui de forma muito importante no aspecto a que se refere à formação com bases interdisciplinares e atuação sob a perspectiva da multiprofissionalidade. No quadro 2, podemos observar a constituição dos eixos transversais.

Quadro 2 - Eixos transversais e áreas do conhecimento do currículo pleno

I-	FUNDAMENTOS CONCEITUAIS DO CURSO
	Antropologia Introdução à Prática Ambulatorial e Comunitária Métodos e Técnicas de Pesquisa Saúde Coletiva Sociologia
II-	FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DO SER HUMANO
	Anatomia Biofísica Bioquímica Embriologia Fisiologia Genética Histologia Patologia
III-	SAÚDE COLETIVA E INTERAÇÃO COMUNITÁRIA
	Atividade Física e Saúde Bioestatística Epidemiologia Gestão e Organização dos Serviços de Saúde Informática Médica Introdução à Prática Ambulatorial e Comunitária Políticas Públicas Reumatologia Saúde Coletiva Saúde do Trabalhador
IV-	AGRESSÃO E DEFESA
	Farmacologia Imunologia Microbiologia Parasitologia
V-	SAÚDE DA CRIANÇA
	Cirurgia Pediátrica Diagnóstico por Imagem Farmacologia Fisiologia Ginecologia e Obstetrícia Imunologia Microbiologia Neurologia Ortopedia e Traumatologia Pediatria Prática Ambulatorial e Hospitalar Psiquiatria Semiologia Sociologia Técnica Cirúrgica e Anestésica Terapêutica Clínica

VI -	SAÚDE DA MULHER
	<p>Anatomia Diagnóstico por Imagem Embriologia Embriologia e Genética Clínica Farmacologia Fisiologia Ginecologia e Obstetrícia Imunologia Medicina Legal Microbiologia Patologia Políticas Públicas Psiquiatria Saúde Mental Sociologia Técnica Cirúrgica e Anestésica Terapêutica Clínica Urologia</p>
VII-	SAÚDE DO ADULTO
	<p>Anatomia Cardiologia Cirurgia Ambulatorial Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia Cirurgia do Sistema Circulatório Cirurgia do Sistema Digestório Cirurgia do Trauma Cirurgia Geral Cirurgia Plástica Cirurgia Torácica Dermatologia Diagnóstico por Imagem Doenças Infecciosas e Parasitárias Endocrinologia Fisiologia Gastroenterologia Geriatrics Hematologia Medicina Legal Microbiologia Nefrologia Neurologia Oftalmologia Oncologia Ortopedia e Traumatologia Patologia Pneumologia Psiquiatria Relação Médico-Paciente Reumatologia Saúde do Trabalhador Saúde Mental Semiologia Técnica Cirúrgica e Anestésica Terapêutica Clínica Urgências e Emergências Urologia</p>

VIII-	TUTORIA E ESTUDO INDIVIDUAL
	Estudos Individuais Tutoria
IX-	NUCLEO FLEXÍVEL
	Optativa- opção entre: Nutrição e Saúde Psicologia e Saúde Psicologia Hospitalar Suporte Avançado à Vida Suporte Básico à Vida Tópicos Especiais em Dependência Química Tópicos Especiais em Terapêutica Complementar Tópicos Especiais em Transplantes de Órgãos e Tecidos * LIBRAS Atividades Complementares
X-	INTERNATO

*Há a possibilidade de escolha da disciplina de LIBRAS, conforme Resolução N° 31, de 08 de julho de 2008, que institui a Língua Brasileira de Sinais como optativa para os cursos de graduação. (Projeto Pedagógico do Curso de Medicina/Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2010).

Há também outros conteúdos de ensino, de grande importância na formação médica, que são abordados desta mesma forma, isto é, transversal; estando presente em diferentes momentos da trajetória curricular, tais como a ética e a bioética, a interdisciplinaridade e a integralidade da assistência, os aspectos biopsicossociais das doenças, os aspectos históricos relativos às condutas terapêuticas, o raciocínio epidemiológico social através de estudos de prevalência, incidência e relevância dos fatos adversos que ocorrem na população e ainda as relações interpessoais, de equipe e a relação médico-paciente. A ética e a bioética são inerentes às práticas e condutas a serem desenvolvidas, considerando que o aspecto humano ou a assistência humanizada vai proporcionar ao estudante um preparo profissional para priorizar situações de trabalho, com a valorização do ser humano, tanto do cliente, do doente, da família quanto de si mesmo. Este é um processo de desenvolvimento interpessoal que visa à interação com o outro, necessitando de outros processos como o da comunicação, da confiança, da construção coletiva, do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade (UNISC, 2010).

Os últimos dois anos do Curso de Medicina da UNISC, ou seja, do nono ao décimo segundo semestres, são dedicados a atividades consideradas pré-profissionais, em regime denominado de internato curricular. Desta forma, o acadêmico, em final de formação, atuará de forma dinâmica e interativa, sob orientação direta, em diversos setores de assistência à

saúde nos três níveis de complexidade. Durante o nível primário de assistência à saúde, o acadêmico realizará o internato nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Estratégia da Saúde da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul, atuando de forma direta com os programas e políticas de saúde, voltados para a população, entre eles os de saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e do idoso, e pequenas cirurgias ambulatoriais (UNISC, 2010).

Ao nível secundário e terciário de complexidade em atenção à saúde, as atividades são desenvolvidas em ambulatórios especializados, salas de parto, laboratórios de análises clínicas e setores de imagem, emergências e enfermarias do Hospital Santa Cruz e também outros hospitais conveniados, sendo dois hospitais no Município sede, cinco Hospitais em Porto Alegre e dois hospitais no município de Passo Fundo (UNISC, 2010).

5 FORMAS DE AVALIAÇÃO

Para que serve a nota na escola? Óbvio - responderão muitos – a nota serve para indicar o quanto o aluno aprendeu! Desta forma, promoverá aqueles que estiverem preparados para exercer sua profissão e reterá os que não estiverem aptos (...) Esta obviedade, porém, é contestada diariamente pela prática escolar em que os alunos aprovados demonstram, a seguir, que não aprenderam o que sua nota faz supor (FLEURI, 1986, p. 85).

Ao se propor realizar algum tipo de avaliação, por mais simples que esta possa parecer, na verdade, ela irá representar uma série de conceitos e valores distintos entre a parte avaliadora e a avaliada.

A avaliação praticamente é inerente à Educação, e ainda assim, é fruto de profundas discussões muitas vezes sem resultados que possam contemplar de maneira satisfatória todas as partes envolvidas.

De acordo com Hoffmann (2001):

Reconhecendo-a como a serviço do autoritarismo e do direito de cátedra do professor, desde os primórdios da Educação, os estudiosos em avaliação importam-se, sobretudo, em estabelecer críticas e paralelismos entre ação avaliativa e diferentes manifestações pedagógicas, deixando, entretanto, de apontar perspectivas palpáveis ao educador que deseja exercer a avaliação em benefício da Educação. Algumas vezes, ocorre a educadores conscientes do problema apontar aos alunos as falhas do processo, criticá-las a contento e profundidade, exercendo, entretanto, em sua sala de aula, uma prática avaliativa improvisada e arbitrária (HOFFMANN, 2001, p. 11).

Existe uma evolução natural dentro da Educação. Antes de nos tornarmos docentes, percorremos uma grande jornada como alunos em várias etapas crescentes de complexidade, sendo ainda que, muitas vezes, mesmo professores ainda permanecemos como alunos. Desta forma, muitas vezes reproduzimos a mesma metodologia recebida e executamos o mesmo processo avaliativo, ou com poucas diferenças. Hoffmann afirma que seus estudos sobre avaliação sugerem fortemente que a contradição entre o discurso e a prática de alguns educadores e, principalmente, a ação classificatória e autoritária, exercida pela maioria, encontra explicação na concepção de avaliação do educador, reflexo de sua história de vida como aluno e professor. Nós viemos sofrendo a avaliação em nossa trajetória de alunos e professores. É necessária a tomada de consciência dessas influências para que nossa prática avaliativa não reproduza, inconscientemente, a arbitrariedade e o autoritarismo que

contestamos pelo discurso. Temos que desvelar contradições e equívocos teóricos desta prática, construindo um “ressignificado” para a avaliação e desmitificando-a de fantasmas de um passado ainda muito em voga (HOFFMANN, 2001).

Exercendo a avaliação como uma função classificatória e burocrática, persegue-se um princípio claro de descontinuidade, de segmentação, de parcelarização do conhecimento. Registros bimestrais de resultados, trimestrais ou semestrais estabelecem uma rotina de tarefas e provas periódicas desvinculadas de sua razão de ser no processo de construção do conhecimento. O grau, nota, conceitos, são conferidos ao aluno sem interpretação ou questionamento quanto ao seu significado e poder. Essas “sentenças” periódicas, terminais, obstaculizam na escola a compreensão do erro construtivo e de sua dimensão na busca de verdades. Impedem que professores e alunos estabeleçam uma relação de interação a partir da reflexão conjunta, do questionamento, sobre as hipóteses formuladas pelo educando em sua descoberta do mundo. Resulta daí, da mesma forma, uma relação de antagonismo (professor e aluno) que leva a sofríveis episódios de avaliação (HOFFMANN, 2001).

Se não podemos, ou não conseguimos nos desvencilhar do processo avaliativo, como é, ou deveria ser a forma de exercê-la parece não apresentar uma uniformidade satisfatória. Que espírito deve ter o professor, diante da avaliação: o do policial que fica procurando o culpado, o errado, o fora do padrão, ou o pedagogo que acompanha o crescimento da criança, procurando dar-lhe as melhores das condições de desenvolvimento? O educador não pode se deixar levar pela “lógica do detetive”, ou seja, estar mais preocupado em verificar quem cometeu um “crime” do que em ajudar no processo de construção do conhecimento. Muitas vezes os educadores desempenham o papel do detetive, que procura avidamente entre os alunos aqueles que não são “capazes”, que estariam a enganar a “sociedade”. Localizados, o educador se realiza punindo-os, com nota baixa e reprovação. Desta forma, evidencia a presença de uma pedagogia comportamentalista, baseada no esforço-recompensa, no prêmio-castigo. Tanto o prêmio como o castigo são deseducativos, uma vez que o primeiro gera satisfação e dependência (se não tiver uma recompensa, o sujeito não age...), e o segundo gera revolta e também dependência (se não tiver alguma ameaça, o sujeito não age...). A nota ao invés de ser um elemento de referência do trabalho de construção de conhecimento passa a desempenhar justamente o papel de prêmio ou de castigo, alienando a relação pedagógica, na medida em que tanto os alunos como o professor passam a ficar mais preocupados com a nota que com a aprendizagem (VASCONCELLOS, 2001).

É delicado o ato de avaliar, ainda mais quando percebemos a existência dos motivos que nos levam a avaliação: atribuir nota, registrar, mandar a nota para a secretaria, cumprir a

lei, ter a documentação para se defender em caso de processo, verificar, constatar, medir, classificar, mostrar autoridade, conseguir silêncio em sala de aula, selecionar os melhores, discriminar, marginalizar, domesticar, rotular/estigmatizar, mostrar quem é incompetente, comprovar o mérito individual conquistado, dar satisfação aos pais, não ficar fora da prática dos outros professores, ver quem pode ser aprovado ou reprovado, eximir-se de culpa, achar os culpados, verificar o grau de retenção do que falamos (o professor ou o livro didático), incentivar a competição, preparar o aluno para a vida, detectar “avanços e dificuldades”, ver quem assimilou o conteúdo, saber quem atingiu os objetivos, ver como o aluno está se desenvolvendo, diagnosticar, investigar, tomar decisões, acompanhar o processo de construção do conhecimento do aluno, estabelecer um diálogo educador-educando- contexto de aprendizagem, avaliar para que o aluno aprenda mais e melhor, etc. A avaliação é antes de tudo, uma questão política, está relacionada ao poder, aos objetivos, às finalidades, aos interesses que estão em jogo no trabalho educativo; numa sociedade de classes, não há necessidade para a neutralidade: posicionar-se como neutro, diante dos interesses conflitantes, é estar a favor da classe dominante. Enquanto instituição, o papel que se espera da escola é que possa colaborar na formação do cidadão (objetivo de que participam outras instâncias sociais) pela mediação do conhecimento científico, estético, filosófico. O conhecimento não tem sentido em si mesmo: deve ajudar a compreender o mundo, e a nele intervir. Assim sendo, entendemos que a principal finalidade da avaliação no processo escolar é ajudar a garantir a formação integral do sujeito pela medição da efetiva construção do conhecimento, a aprendizagem por parte de todos os alunos (VASCONCELLOS, 2001).

5.1 Avaliação do Projeto Pedagógico do Curso

A avaliação do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina é feita regularmente, através do estudo do desempenho do Curso. Essa avaliação, de acordo com as determinações legais vigentes, é realizada em dois níveis: o Interno e o Externo. A avaliação interna coerente com o programa de avaliação institucional das Universidades que compõem o COMUNG (Consórcio das Universidades Comunitárias do Rio Grande do Sul), em sintonia com as políticas e diretrizes institucionais do programa de avaliação institucional da Universidade em questão, que prevê avaliações semestrais nos cursos de graduação. O relatório correspondente às avaliações Interna e Externa são encaminhados ao Colegiado de Curso para apreciação e emissão de parecer e propostas de alternativas e ações para sanar as deficiências apresentadas (UNISC, 2010).

5.2 Autoavaliação do curso de Medicina

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, a autoavaliação considera o desenvolvimento das atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão no Curso de Medicina, bem como as relações entre as três; sendo desenvolvidas através reuniões do Colegiado do Curso de Medicina; Reuniões de avaliação envolvendo o Corpo Docente, Discente, Funcionários e a Coordenação; e, finalmente, através da análise dos resultados das ações de avaliação interna, realizadas semestralmente pela Universidade (UNISC, 2010).

5.3 Avaliação externa do Curso de Medicina

As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação de Medicina, aprovado pelo Governo Federal, que por sua vez representam a nova concepção para a formação do médico, exigem alguma forma de avaliação do curso; sendo assim, em 2004 foi aprovada a concepção e a regulamentação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação do Ensino Superior (SINAES), que prevê a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes; recebendo também apoio por parte do Ministério da Saúde através de projetos como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED) e ao Programa Nacional de reorientação da Formação profissional em Saúde (PRÓ-SAUDE), diagnosticando assim, necessidades de mudanças na formação de profissionais da saúde para o atendimento das necessidades de saúde e a valorização da avaliação como instrumento de gestão (LAMPERT, 2009c).

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2001, em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Pan-americana de Saúde com o objetivo principal de incentivar as escolas médicas do país a adequarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de Educação permanente à realidade social e da saúde da população brasileira e, desta forma, contribuir na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAUDE) foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando inicialmente, os cursos de graduação dos profissionais que integram a Estratégia da Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e odontologia; cujo objetivo do programa é a integração ensino-saúde, visando à reorientação da formação

profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Educação Básica.

O Curso de Medicina da UNISC, desta forma, realiza sua avaliação externa através dos processos avaliativos, resultantes das políticas públicas de avaliação da Educação superior, previstas pelo SINAES (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior) e desencadeadas pelo INEPE/MEC, tanto para subsidiar atos regulatórios, como para acompanhamento e controle da qualidade da Educação superior (UNISC, 2010).

Ainda, de acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNISC, são analisados os relatórios emitidos após a realização do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), que procura avaliar o “desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento” (UNISC, 2010).

6 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNISC, o mesmo utiliza metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem de acordo com as normas e o sistema de avaliação e a dinâmica curricular, definidos pela Universidade.

A avaliação dos alunos de Medicina do programa está diretamente relacionada aos objetivos dos módulos pertencentes e dividido nos semestres que compõem o período de duração do curso em questão. As características da avaliação no contexto do Curso de Medicina são assim resumidas:

- 1) Centrada em quem aprende - com o foco na observação dos alunos;
- 2) Orientada pelos professores e tutores - planejada e implementada por professores, que melhor compreendem a complexidade e as metas de suas áreas específicas;
- 3) Mutuamente benéfica - capaz de ajudar os estudantes a aprenderem a se avaliar, bem como ajudar os professores a avaliar tanto a si mesmos quanto aos alunos;
- 4) Formativa - orientada no sentido de não somente dar notas ou julgar as habilidades dos alunos (somativa), mas sim, determinar quanto eles aprenderam e quais as suas dificuldades e facilidades;
- 5) Em constante *feedback* - planejada para criar um fluxo de informação constante, no qual os alunos informam aos professores que por sua vez informam aos alunos (UNISC, 2010).

Um das formas de avaliação formais mais desenvolvidas pelas escolas médicas, principalmente as tradicionais que pertencem ao modelo “flexneriano”, é a denominada avaliação “somativa”, onde é expressa a nota dos alunos de maneira numérica, geralmente resultante de uma fórmula entre as várias notas somadas atingidas pelos alunos e divididas pelo respectivo número de avaliações, atribuindo ao aluno um valor que deverá representar seu grau de aproveitamento e aprendizagem. O curso de Medicina desenvolvido pela UNISC traz uma proposta avaliativa distinta onde, embora seja representada em valor numérico, transmite uma avaliação global obtida na concepção “formativa”, permitindo assim a correção, a reformulação e a melhoria no processo de ensino e aprendizagem (UNISC, 2010).

Para atingir o processo de avaliação formativa, o Curso de Medicina da UNISC utiliza desde as tarefas ditas cotidianas, realizadas no dia-a-dia do acadêmico em formação, até as reuniões do “Conselho de Classe” e grupos tutoriais, considerando aspectos de postura do aluno, tutor-professor e aluno, assim como os conhecimentos construídos, habilidades

práticas e de relacionamento entre colegas, funcionários, pacientes e professores. Em um período bimestral, o aluno recebe do seu professor-tutor, um parecer (avaliação) do seu desempenho individual, podendo, nesta mesma oportunidade, avaliar o professor tutor. Assim, o tutor e a coordenação do curso têm acesso à avaliação realizada pelos acadêmicos, utilizando tais resultados como determinantes de ajustes que, mesmo por ventura, sejam necessários na sistemática de ensino (UNISC, 2010).

Finalmente, os alunos terão uma avaliação prática, uma avaliação teórica e uma avaliação tutorial. Conteúdos ministrados em aulas teóricas serão oportunamente cobrados, bem como as atividades referentes às aulas práticas, onde será abordada a sedimentação dos aprendizados referentes aos respectivos módulos que estão passando os alunos.

7 METODOLOGIA

Embora as opções metodológicas sejam muitas, a escolha pelo método do tipo etnográfico com enfoque em estudo de caso com abordagem qualitativa foi a metodologia que mais se adequou as necessidades propostas por este estudo.

André (1995, p.50) diz que a opção pelo Estudo de Caso “[...] depende daquilo que o pesquisador quer saber, isto é, do problema que ele definiu e das questões às quais ele quer responder”. A autora explica que essa decisão é muito mais epistemológica do que metodológica.

Para Stake (1998, p.11) o estudo de caso etnográfico é um estudo “da particularidade e da complexidade de um caso singular...”. Stake (1998) insiste na necessidade de conhecer tudo o que implica o caso, de descobrir seus temas e de rastrear seus modelos de complexidade.

Sarmiento (2000, p.1), citando Merriam (1988), define estudo de caso como o “exame de um fenômeno específico, tal como um programa, um acontecimento, uma pessoa, um processo, uma instituição, ou um grupo social”. O que especifica o Estudo de Caso é a natureza singular do objeto a ser investigado e não o seu modo operatório. Aquilo que o diferencia de outros formatos é o fato de se situar numa unidade, que visa conhecer na sua globalidade.

Em função dos argumentos citados, foi decidido utilizar o estudo de caso visto que se trata de analisar o processo de avaliação dos formandos de Medicina nele incluindo a ideia de autoavaliação.

De acordo com Minayo:

As abordagens qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua interpretação, como construções humanas significativas, ganhando força na atualidade, por esta abordagem que ressalta questões até hoje negligenciadas pelos métodos quantitativos (MINAYO, 2004, p. 10).

Optou-se pela abordagem qualitativa de pesquisa devido a sua configuração “[...]se desenvolve[r] numa situação natural, [ser] rica em dados descritivos e [ter] um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada” (LUDKE e ANDRÉ, 1986, p.18). A abordagem qualitativa propõe uma visão de totalidade que, também, responde a questionamentos muito particulares, além de explorar experiências e conhecimentos que se

interligam num espaço de concepções práticas.

O presente estudo de caso visou discutir o problema da avaliação do médico no final de sua formação. Este estudo de caso centrado na avaliação pretende argumentar sobre a importância da autoavaliação do formando, visto que como Piaget (1995) afirmou, este processo de autoavaliação envolve um exercício de abstração reflexionante.

Outro argumento em favor da importância da autoavaliação, vem de Ricoeur (2007) em sua obra *A memória, a História e o Esquecimento*. Este autor faz uma análise fenomenológica da questão da memória, não como uma simples associação de percepções ou repetição de hábitos, mas como um movimento autoreflexivo de pesquisa de conceitos de significados, de totalidades que marcam uma vida como processo de formação.

A autoavaliação incluída no processo formativo do formando de Medicina irá proporcionar essa forma de anamnese de sua formação que pode revelar como ele se percebe como profissional médico, qual seu “habitus” profissional, segundo o sociólogo Bourdieu, e como ele projeta sua vida como futuro profissional. Isso envolve processos de memória ativa e significativa, como refere Ricoeur (2007).

7.1 Elaboração do instrumento

Durante a metamorfose em que se encontram os alunos de Medicina, isto é, entre o momento em que deixam de serem alunos e se transformam em médicos, de acordo com as normas da sociedade, do Ministério de Educação, ou mesmo da Universidade de origem, é um momento de inusitada magia; composta por um espaço de tempo singelo como um abrir de conchas na colcha da vida.

Não há como negar um lenço para um aluno, seria de igual valor negar um lençol a um paciente, ou um fármaco a um doente. A vida nos trouxe, nos conduz e nos levará como um sopro numa manhã de primavera. Apenas o sol será nossa testemunha de tão fugaz existência.

Desta forma, permitir ao aluno um instante de reflexão sobre suas habilidades e conhecimentos adquiridos durante sua graduação em Medicina é uma maneira de prepará-los para a futura profissão; uma vez que, estando em formação, podem procurar formas de corrigir eventuais dificuldades encontradas.

Durante os últimos quatro semestres do curso de Medicina são desenvolvidas atividades referentes aos estágios práticos nas unidades de atenção básica em saúde da rede pública, ambulatórios de especialidades médicas, e em vários hospitais distribuídos basicamente em três cidades: Santa Cruz do Sul, Porto Alegre e Passo Fundo. A este período

denomina-se Internato Curricular.

O Internato Curricular é o condensador dos conhecimentos teóricos adquiridos durante todo o período anterior a ele, que é de oito semestres, realizado de forma que o aluno coloque, sob orientação direta de professores denominados de *preceptores*, a prática da Medicina como determinado pelo Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Ou seja, tudo que é determinado para a construção do perfil do profissional médico preconizado pelo currículo de Medicina da UNISC passa a ser ofertado ao acadêmico para que este execute na prática e sob supervisão, concluindo então, ao final do seis anos, a formação do médico clínico-geral. Neste momento o aluno graduando em Medicina se encontra com o significado do ato médico, sua relação médico-paciente é colocada em prática, tendo que arcar com as respectivas responsabilidades e consequências da prática profissional.

Os médicos preceptores, distribuídos em suas mais diversas áreas e especialidades, ao acompanharem estes acadêmicos, por sua vez divididos em pequenos grupos, realizam uma avaliação formal individual através de uma ficha (Anexo A), necessária para a aprovação do mesmo no curso de graduação em Medicina.

Para elaborar o instrumento de autoavaliação, foram analisadas as fichas de avaliação utilizadas por vários preceptores em quatro instituições hospitalares diferentes (Anexo A) onde os alunos realizaram seus respectivos estágios de término de curso. Por meio desta análise, verificou-se que a avaliação era totalmente objetiva e voltada para resultados, sem a participação ativa do formando.

Salienta-se que não é objetivo do presente trabalho questionar, ou mesmo criticar a forma de como são avaliados os acadêmicos em formação, e sim, estudar como os acadêmicos sentem a sua formação em uma escola de Medicina contemporânea com uma proposta metodológica distinta, com características modernas que, por sua vez, surgiram em resposta a várias críticas ao modelo de Educação Médica tradicional, em particular o modelo flexneriano.

Toda a revisão de literatura realizada, especialmente Piaget no que se refere a abstração reflexionante, levou à conclusão de que seria importante que o próprio formando se auto-avaliasse, no que diz respeito ao perfil preconizado do egresso, ou seja, suas qualificações teórico-práticas que permitem a sua atuação profissional na comunidade de maneira satisfatória e com segurança, importante tanto para a comunidade que está sendo assistida, como para o profissional médico.

A autoavaliação na Educação Médica, isto é, no momento de formação dos alunos na “arte da Medicina”, ou ainda, na “arte da cura” como preferem alguns autores, possui um

significado e uma importância singular. Isto se refere particularmente ao fato de ser apenas o médico capaz de avaliar sua própria ação, de ter a capacidade de se autoavaliar na capacidade e/ou incapacidade de agir em determinadas situações onde há uma infinidade de fatores implicados nos possíveis resultados. De acordo com Gadamer:

Esse é o motivo pelo qual sempre houve uma circunstância própria em torno da arte médica e de sua reputação. A literal importância vital dessa arte confere ao médico e à sua pretensão sobre o saber e o ser-capaz-de-fazer uma distinção especial, principalmente quando há perigo. No entanto, por outro lado a dúvida sobre a existência e eficiência da arte de curar sempre se relaciona a esta reputação, particularmente quando não há mais perigo. Nesse aspecto, *tyche* e *techne* estão em uma tensão especial e antagônica. Aquilo que vale para o caso positivo de cura bem sucedida não vale menos para o caso negativo do fracasso. O que nisso corresponde a uma eventual falha do ser-capaz-de-fazer médico e não talvez ao desfecho infeliz provocado por um destino superior, e quem irá decidir sobre isso, sobretudo na condição de leigo/ A apologia da arte de curar não é, no entanto, apenas uma defesa de uma classe profissional e de uma arte perante outros, incrédulos e céticos, mas, sobretudo, um auto-exame e uma autodefesa do médico perante a si mesmo e contra si mesmo. Isso não está indissolúvelmente associado à singularidade do ser-capaz-de-fazer médico. Ele pode comprovar sua arte tão pouco a si mesmo quanto a outras pessoas (GADAMER, 2006, p. 42).

A forma como atualmente é realizada as avaliações dos alunos de Medicina da UNISC é bem difundida e aceita também em várias outras instituições. São abordados itens relacionados à atenção que o acadêmico destina ao paciente, como diálogo, tempo, anamnese, exame físico, registro em prontuário, análise de exames complementares, elaboração diagnóstica, plano terapêutico e as habilidades técnicas necessárias para tal. São avaliados os conhecimentos teóricos e técnicos no desenvolvimento das atividades médicas bem como a sua forma de atuar em equipe, como relacionamento com os colegas, pontualidade, assiduidade e colaboração. Todos estes itens são organizados de forma que o aluno receba uma nota numérica ou um conceito (insuficiente, regular, bom, ótimo), formalizando a avaliação (Anexo A). Trata-se de uma avaliação completa e dinâmica realizada pelos preceptores, mas sem um espaço onde o acadêmico possa expressar se concorda ou não com a avaliação. Pode haver alunos que recebam uma nota alta, mas que gostariam, talvez, de expressar que se avaliaria em uma nota menor, ou ainda, poderiam apontar quais dificuldades possuem quanto à prática médica.

Partindo dessas fichas de avaliação, considerando todos os tópicos utilizados na avaliação dos alunos do internato, criou-se outra ficha de avaliação adaptada de forma a propiciar uma autoavaliação por parte dos alunos. Esta, por sua vez, foi apreciada por seis professores tutores dos semestres anteriores ao internato, os quais realizaram modificações no sentido de acrescentar outras questões que, na opinião deles, seriam importantes para avaliar o

aprendizado dos alunos através da autoavaliação, de acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNISC. Desta forma, foram abordadas as especialidades que compõem o internato curricular, pediatria, cirurgia, clínica médica, ginecologia e obstetrícia de maneira individual; analisando a capacidade de desenvolverem procedimentos elementares específicos de cada área, desde anamnese e exame físico, sutura, cirurgias ambulatoriais, reconhecimento de fios cirúrgicos adequados, auxílio cirúrgico, parto normal e episiotomia/episiorrafia; até diagnósticos elementares em urgência/emergência como infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, crise asmática e choque anafilático.

Para compor o novo instrumento de autoavaliação (Anexo B) que foi respondido pelos alunos objetos desta pesquisa, foram criados espaços para os alunos responderem de forma discursiva como sentiam “o ser médico” e sua respectiva trajetória; e que significado atribuem à morte dentro da formação médica. Para concluir, questionou-se qual a “nota” atribuíam ao curso de Medicina.

Tratando-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, a amostra recolhida não tem o objetivo de ter uma representatividade estatística quantitativa. Os resultados foram avaliados do ponto de vista qualitativo de suas respostas, seu significado para o indivíduo que terá a incumbência de exercer a profissão médica, bem como a importância para o próprio curso de medicina em questão, ao saber como seus futuros egressos se sentem quanto a qualidade do ensino recebido em sua formação.

Não houve obrigatoriedade na participação dos alunos na resposta do protocolo, preferindo uma ação a partir do interesse e disponibilidade individual, uma vez que foi possibilitado a todos os alunos do internato curricular a sua respectiva participação; assegurando dessa forma, maior veracidade nas respostas obtidas. Portanto, a amostra de sujeitos da pesquisa não foi o total de alunos do internato curricular, mas se optou por uma amostra intencional pelos motivos já mencionados.

Todos os alunos que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento (Anexo C), em duas vias, ficando o aluno com uma via e o pesquisador com outra via, devendo a mesma ser guardada por cinco anos, sendo destruída após.

8 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

8.1 Perfil dos Participantes

Os sujeitos do estudo foram os alunos em fase final de formação do curso de Medicina na Universidade em questão, ou seja, pertencentes ao internato curricular.

Como o respectivo curso de Medicina é dividido em doze semestres, sendo os quatro últimos semestres destinados a estágios nas áreas básicas da Medicina, ou seja, pediatria, cirurgia, clínica médica, Medicina comunitária e ginecologia/obstetrícia; o referido protocolo foi aplicado de forma aleatória e intencional a um número de acadêmicos de forma a não procurar representatividade estatística que caracterize uma pesquisa quantitativa;

Desta forma, responderam ao protocolo os seguintes acadêmicos e seus respectivos semestres: dez alunos do nono semestre, seis alunos do décimo semestre, seis do décimo primeiro semestre, e doze alunos do décimo segundo semestre, totalizando trinta e quatro alunos em fase final do curso de graduação em Medicina, todos de maneira voluntária.

Os alunos que responderam ao protocolo, conforme o respectivo semestre a que pertencem se encontram em diversos estágios curriculares, entre eles, pediatria, cirurgia, clínica médica, Medicina geral e comunitária, ginecologia e obstetrícia, tendo ainda a possibilidade de realizar um período de estágio opcional em alguma outra área como, por exemplo, radiologia, intensivismo, traumatologia, entre muitas outras, ou ainda, repetir uma área básica conforme o interesse do acadêmico.

8.2 Resultados

Ao serem questionados quanto ao ato de consulta médica, em clínica médica, no que se refere ao fato de fornecer ao paciente a atenção necessária, satisfatória e centrada no problema trazido pelo paciente, cinco dos trinta e quatro acadêmicos demonstraram dificuldades em admitir plena confiança para o exercício do ato da consulta médica; estando estes distribuídos da seguinte forma: um no nono semestre, dois no décimo semestre, nenhum do décimo primeiro semestre e dois no décimo segundo semestre.

No que se refere ao exame clínico e anamnese do paciente, cujo binômio formam a abordagem clássica do médico junto ao seu paciente, vinte e três acadêmicos relatam dominar tais recursos; ao passo que onze mencionam certa incertezas e dúvidas para a realização das

respectivas ações. Os acadêmicos do décimo segundo semestre foram os que mais mencionaram a dificuldade, totalizando cinco dos doze que responderam ao protocolo.

Quando é sugerida a respectiva competência no exercício da Medicina nos vários níveis desenvolvidos durante o internato curricular, correspondentes aos últimos dois anos da faculdade de Medicina, enfaticamente a atividade exercida pelo clínico geral, vinte alunos, dos trinta e quatro entrevistados, referiram incertezas ao realizar atendimentos em alguma área em específico, sendo as mais mencionadas à ginecologia-obstetrícia e a pediatria, nesta ordem de ênfase. Ao nono semestre, sete dos dez entrevistados mencionaram dificuldades; todos os seis abordados do décimo semestre referiram dificuldades em dominar com segurança todas as áreas básicas; dois dos seis entrevistados do décimo primeiro semestre referiram confiança total em todas as áreas básicas, quatro deles relataram dificuldades. Dos doze alunos entrevistados do décimo segundo semestre, dez relataram incertezas de atuar em todas as cinco áreas básicas, sendo ainda que um deles referiu não se sentir apto a realizar qualquer tipo de atendimento.

Ao serem questionados quanto ao fato de realizarem, com segurança, atendimento de caráter de urgência/emergência em pronto-socorro, dos trinta e quatro entrevistados, um aluno pertencente ao décimo primeiro semestre referiu sentir-se apto a trabalhar em um pronto socorro. Vinte e um dos entrevistados referiram que atuariam em um pronto-socorro, embora com algumas dúvidas e incertezas, sendo desses, dez pertencentes ao décimo segundo semestre, dois do décimo primeiro semestre, quatro de décimo semestre e cinco do nono semestre. Doze alunos referiram não estarem aptos ao atendimento de urgência/emergência.

No que diz respeito a atuar em um posto de saúde, vinte e quatro referiram não possuir nenhum problema com relação à atividade; cinco do nono semestre, três do décimo semestre, um do décimo primeiro semestre e um do décimo segundo semestre referiram que atuariam em um posto de saúde, mas que possuíam dúvidas e incertezas quanto a um atendimento adequado.

Houve a preocupação em averiguar como os acadêmicos estão se sentido com relação a alguns procedimentos técnicos de alçada do clínico geral.

Quanto à realização de suturas, todos os trinta e quatro responderam sentirem-se aptos. Já para realizarem pequenas cirurgias, cinco referiram que não se sentem aptos, sendo dois do nono semestre, um do décimo primeiro semestre e dois do décimo segundo semestre.

Quanto ao uso de fios adequados, vinte e quatro referiram saber escolher adequadamente os fios de sutura. Dos que mencionaram não ter conhecimento, sendo cinco do nono semestre, dois do décimo semestre e três do décimo segundo semestre.

Quanto à realização de parto normal, doze dos trinta e quatro entrevistados referiram ter condições de fazê-lo. Dos vinte e dois acadêmicos que referem não sentirem-se aptos a realizar um parto normal, dez do nono semestre, cinco do décimo primeiro semestre, e dois do décimo primeiro semestre e cinco do décimo segundo semestre.

Apenas um aluno do décimo segundo semestre referiu não sentir-se apto a prestar auxílio cirúrgico.

Sobre as condições de realizar a anestesia infiltrativa, utilizada para pequenos procedimentos cirúrgicos e suturas, apenas três alunos do nono semestre mencionaram limitação quanto ao fato de executarem o ato.

Foram questionados, os alunos, sobre o diagnóstico correto e conduta em determinadas emergências/urgências clínicas, sendo os resultados a seguir os que referiram não saber corretamente:

- a. Infarto Agudo do Miocárdio, quatro: Um do nono semestre, dois do décimo semestre, e um do décimo segundo semestre;
- b. Crise asmática, três: um do nono semestre, um do décimo semestre, e um do décimo segundo semestre;
- c. Edema Agudo de Pulmão, oito: dois do nono semestre, um do décimo semestre, e cinco do décimo segundo semestre;
- d. Choque Anafilático, dezoito: quatro do nono semestre, quatro do décimo semestre, três do décimo primeiro semestre e sete do décimo segundo semestre.

Quanto ao fato de se sentirem confiantes para atuar em equipe, todos os trinta e quatro acadêmicos referiram com unanimidade que sim, que possuem plenas condições de atuarem em equipe.

Foi questionado ao acadêmico qual o significado que ele atribuiria à morte de um paciente, dentro da sua formação acadêmica. Algumas respostas dos alunos:

-“Acredito que um médico deve estar preparado para a morte. Faz parte da profissão. Se não se acha em condições de suportar a morte de pacientes deve procurar ajuda profissional para auxiliar”.

-“Caso seja um paciente que cheguei a conhecer de perto, me sinto triste caso seja uma morte evitável, e por outro lado, se a trajetória da doença tenha sido acompanhada de dor e sofrimento, acredito que a morte acabou sendo “benéfica” a este paciente”.

-“Durante a formação, acompanhamos e presenciamos a morte de pacientes com maior frequência do que gostaríamos, nas mais variadas circunstâncias. Frente a isto, nos

resta analisar a causa da morte e o que poderia ter sido feito de outro modo, para aprendermos e tentar melhorar o atendimento aos outros pacientes”.

-“Resultado de um processo natural da evolução da doença”.

-“Não necessariamente significaria falha minha, mas me questionaria quanto a isto”.

-“Processo natural da vida, na qual devemos intervir até certo momento, que nos permita modificar essa “patologia”. Mas em alguns momentos devemos deixar o processo natural acontecer”.

-“Entendo que a morte faz parte da vida. Penso que se a morte do paciente foi causada por um erro da equipe isso causaria um sentimento negativo, com repercussões na profissão. No entanto se eu souber e fizer tudo o que for possível pelo paciente e mesmo assim ele morrer, não haveria problema em aceitar o fato”.

Ainda, por último, foi proposto aos alunos, que atribuíssem uma nota numérica (0-10) ao curso de Medicina, no que dependesse da instituição, qual a nota do curso de Medicina. A nota mais baixa foi de sete e a maior de dez, sendo a média final da nota, de oito e vinte e três.

8.3 Discussão

Esta pesquisa objetivou uma abordagem qualitativa, não se detendo em conseguir uma amostragem elevada com representatividade estatística.

Os ingressos no curso de Medicina no Brasil, sistematicamente, são precedidos de exame pré-vestibular, uma prova que inclui todo o conhecimento acumulado em 11 anos de estudos, desde a alfabetização. Esse exame não resgata o desempenho do aluno durante o ensino fundamental e médio, o que determina certa negligência por parte tanto dos alunos como das escolas. Desse modo, ao final do ensino médio ou paralelamente a ele, a maioria dos alunos com interesse em ser aprovado no vestibular passa a frequentar “cursinhos” preparatórios para o concurso. O processo preparatório para ingressar no curso de Medicina gera enorme desgaste e estresse, porque é no ambiente dos cursinhos que os jovens tomam consciência da concorrência que enfrentarão: Medicina é o curso mais pleiteado em todas as instituições onde são ofertadas vagas, independente de onde são ofertadas as vagas, independente da localização geográfica, da qualidade e da tradição da escola (GONÇALVES e BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

Ao se colocar o acadêmico de Medicina como autor de sua própria avaliação, ou seja,

oportunizar que ele olhe para sua formação, e se imagine em uma situação de atuação médica, e responda se está apto, teremos na resposta, se os objetivos da formação e da Educação Médica foram alcançados.

Por um momento nos questionamos sobre a inclusão, no estudo, dos acadêmicos do nono, décimo e décimo primeiro semestres principalmente, uma vez que estes se encontram ainda em formação. Optou-se por considerar a formação teórica como concluída, restando à prática em estágios com a finalidade de consolidação do aprendizado. Mas pelos resultados encontrados, não houve uma diferença entre as respostas obtidas entre o nono semestre e o décimo segundo semestre que nos indicasse a alteração da conduta. Ou seja, mesmo os alunos no último semestre apresentam as mesmas dúvidas e incertezas dos alunos do nono semestre, que por sua vez, estão iniciando o internato curricular.

Uma vez que o modo de formar médicos determina a ordem institucional, é esperado que mudanças no primeiro levassem a transformações substanciais na forma de organização médica. Esta concepção não implica o desconhecimento da influência que as características da escola (a superestrutura) possam ter, ainda que de forma limitada, sobre o processo de produção de médicos (a infraestrutura). É possível que mudanças produzidas no processo de ensino possam ser limitadas (no tempo e no espaço) ou anuladas porque a estrutura interna, acadêmico-administrativa, da faculdade e/ou universidade, não permite sua aplicação. Mas o processo de produção de médicos não é um processo isolado, relaciona-se intimamente à estrutura econômica predominante na sociedade, na qual se desenvolve e estabelece relações com outros processos e, em especial, com a prática médica (ALMEIDA, 1999).

Em uma análise superficial e, quem sabe, até prematura, talvez possa nos parecer que os alunos da faculdade estudada estejam com dificuldades em exercer a profissão em um pronto-socorro, com atendimentos de urgência/emergência, mas se este mesmo protocolo fosse aplicado em outras escolas de Medicina, talvez as respostas não fossem diferentes. Não podemos esquecer que, se tratando de prática médica, a que melhor representa o stress, cobrança de ausência de falhas, tomada de decisões rápidas e certas, é o atendimento de urgência/emergência. Inclusive, em alguns países já existem a Medicina de Urgência como uma especialidade médica. Podemos aceitar estas respostas com plena certeza de que não houve falha na formação desses alunos, e que eles estão respondendo com prudência. É o local de trabalho com maior grau de dificuldade e exigência na Medicina, mesmo para médicos experientes.

Ao fato de que, de forma quase unânime, admitiriam atuar em posto de saúde demonstra que eles possuem conhecimento adequado para atuar ao nível primário de atenção à saúde, um dos pilares mais importantes na formação médica.

Por relatarem algum desconforto no atendimento em áreas específicas, entre elas a ginecologia/obstetrícia e pediatria, demonstram que possuem conhecimento da complexidade das especialidades, as quais, fora das unidades básicas de saúde, são exercidas apenas por profissionais com especialização.

O fato dos jovens futuros médicos admitirem dúvidas e incertezas quanto a sua própria formação no que diz respeito às questões selecionadas, e de profunda importância na atuação do médico generalista, não quer dizer que, na verdade, não sejam capazes de equacioná-las, e sim representa a humildade e seriedade do acadêmico em um momento de reflexão.

Existe uma singularidade em exercer a Medicina, que reside no fato de decidir sobre o outro. Em decidir sobre o diagnóstico e a conduta, que por sua vez, exercerá toda a consequência sobre o prognóstico do paciente, sobre a sua vida e/ou morte, sobre sua qualidade de vida após o surgimento de uma respectiva mazela. É natural que um jovem, em formação, ao refletir sobre sua futura missão profissional, sinta algum tipo de incerteza ou dúvida, sendo que, nós encontramos com frequência, profissionais médicos que já atuam há um determinado tempo, podemos dizer, com experiência, que em algum momento, apresentam dúvidas a respeito de um diagnóstico ou tratamento, sendo comum na profissão, o auxílio de um segundo profissional, ou até mais, para elucidação diagnóstica. Nesse sentido, o fato de todos os entrevistados responderem que possuem condições de trabalhar em equipe, mostra que, em sua formação, ficou claro a necessidade de auxílio profissional entre colegas, muitas vezes até, de outros cursos da área da saúde.

Ao falarem sobre o significado da morte na formação médica, demonstraram maturidade e respeito à morte, admitindo a sua existência como parte da vida, como uma evolução de uma respectiva patologia. Por nenhum momento transpareceu medo, negação ou mesmo prepotência com relação à morte.

Houve um exercício realizado pelos alunos entrevistados que, de uma forma geral, demonstrou a satisfação dos mesmos com a trajetória até agora realizada, que foi a nota de oito e vinte e três (8,23) que atribuíram ao curso de Medicina em questão. Desta forma, ficou evidenciado que reconheceram na sua escola, todo o esforço e dedicação destinados a sua formação.

9 CONCLUSÃO

A importância de realizar esta pesquisa se deve às contribuições dos acadêmicos do curso de Medicina, e desta forma, compreender e identificar falhas e dificuldades no aprendizado, possibilitando intervenções futuras no sentido de aperfeiçoar o processo ensino/aprendizagem, o qual requer um amplo e contínuo processo de avaliação.

Sendo assim, como professor concursado do curso de Medicina da universidade onde foi desenvolvido o presente estudo, desde o ingresso dos primeiros alunos, acompanhando todo o processo de aprendizado desde os semestres iniciais até o estágio final e formação dos alunos em médicos, atuando de forma direta na implantação e desenvolvimento do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UNISC, tenho como um marco importante na Educação Médica, trazendo provas que ao mudarmos alguns paradigmas podemos melhorar a qualidade na formação do médico como um indivíduo comprometido com a saúde mais do que com o tratar a doença, atuando de forma integral no atendimento do paciente.

Há um grande movimento unificado no sentido de estudo e reforma constante do currículo de Medicina e da Educação Médica, desde o âmbito nacional até ao nível mundial. Portanto uma investigação sobre como os acadêmicos sedimentam seus aprendizados fundamentais para uma prática segura da Medicina, suas dificuldades e angústias, podem auxiliar em futuras abordagens, somando forças ao objetivo principal de qualificação do ensino médico.

As escolas médicas devem proporcionar situações de aprendizagem para os futuros profissionais, objetivando que ao saírem da academia, estejam aptos a perceberem, entenderem e enfrentarem as transformações necessárias dos seus contextos de atuação profissional. Para isso, é preciso que os currículos dos cursos de formação apresentem uma proposta que seja efetiva no que diz respeito às competências determinadas no projeto pedagógico do currículo de Medicina.

Para que se tenha uma formação satisfatória e contextualizada, no que se refere à graduação de Medicina, é interessante que a formação, na sua matriz curricular, apresente subsídios para a realização de uma práxis interativa, colaborativa e investigativa, que valorize e fundamente a formação do futuro profissional e que perceba a formação como processo e espaço de aprendizagem.

A escola, cujos alunos em fase final de formação responderam ao protocolo de pesquisa, conforme a análise dos resultados cumpriu plenamente com seu objetivo no que se refere à formação de futuros médicos.

O fato dos acadêmicos referirem determinadas dúvidas e incertezas demonstram basicamente a prudência e a seriedade com que abordam a complexa formação médica, devendo considerar ainda que os mesmos se encontram em formação.

Destaco principalmente a capacidade com que os alunos se autoavaliaram em possuírem condições plenas de atuar ao nível primário em saúde, a capacidade de atuar em equipe e ao fato de reconhecerem de maneira positiva a sua escola médica. Além do fato de serem conscientes que o médico estará sempre em formação, e nunca com o ensino acabado.

Por mais que um professor, ou um número significativo de professores em uma instituição de ensino objetivem o melhor da Educação para o seu aluno, haverá um momento que este, o aluno, identificará falhas em sua formação; o que não é sinônimo de, necessariamente, falha da escola ou mesmo do próprio aluno. Fica evidente que, pela complexidade do tema e sua amplitude, existem muitos fatores que influenciam no produto final.

Ao criarmos um mecanismo de autoavaliação dos futuros médicos no final de sua respectiva graduação, esse canal pode nos instruir em uma ação no sentido de melhorar o ensino fornecido, sanando eventuais falhas e dificuldades no que diz respeito à formação médica.

Por outro lado, cabe destacar que somente uma ação reflexiva sobre o próprio ato médico, faz do médico um ser humano capaz de compreender que sua intervenção é precária diante da singularidade e universalidade da natureza humana. Assim, a prática da autoavaliação deve ser uma constante na Educação Médica, pois não estimula um excesso de confiança que pode gerar iatrogenias, mas oportuniza seriedade, prudência e sensibilidade para o outro.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, I. G. et al. Projeto Pedagógico e as Mudanças na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, vol. 33, supl. 1, p. 44-52, 2009.
- ALMEIDA, Márcio José de. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, Botucatu, v.3, n4, p. 123-132, fev. 1999.
- ANDRÉ, Marli. *Etnografia da prática escolar*. Campinas: Papirus, 1995.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10.861 de 14 de abril de 2004*. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. *Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001.
- CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.780-788, mai./jun. 2004
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Além do discurso de mudança na Educação Médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- FLEURI, Reinaldo M.. Nota para quê? In____: *Educar para quê?* Goiânia: Ed. Universidade Católica de Goiás, 1986.
- GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2006.
- GONÇALVES, M. B.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.33, n3, p. 482-493, jul./set.2009.
- HOFFMANN, Jussara. *Avaliação: Mito e Desafio: uma Perspectiva Construtivista*. 30 ed. Porto Alegre: Mediação, 2001.
- JAEGER, Werner. *Paidéia: a Formação do Homem Grego*. Tradução Artur M. Parreira. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- KIPPER, M. H.; RIZZATO, E. P.; VOGT, O. P. *UNISC: a construção de uma Universidade comunitária*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.
- LAMPERT, J. B. *Tendência de Mudança na Educação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem; 2002.
- LAMPERT, Jadete B. et al. *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2004.

LAMPERT, J. B. et al. Mundo do trabalho no contexto da formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.33, supl.1, p. 35-43, 2009a.

_____. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, supl.1, p. 19-34, 2009b.

_____. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 5-18, 2009c.

LAMPERT, J. B. Ato médico e a formação médica para atender as necessidades de saúde da sociedade. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, Santa Maria, v. 10, p. 18-25, 2005.

LIBÂNEO, José Carlos. As teorias Pedagógicas Modernas Revisitadas pelo Debate Contemporâneo na Educação. In: LIBÂNEO, José Carlos; SANTOS, Akiko (orgs.). *Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade*. Campinas: Alínea, p.19-63, 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Pedagogia Universitária, 1986.

MINAYO, C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na Educação Médica Brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.33, n2, p. 262-270, abr./jun. 2009.

PAGLIOSA, Fernando Luis; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p.492-499, out./dez.2008.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p.69-79, set. 2004/ fev. 2005.

PESSOA Jr, Osvaldo. Medicina greco-romana. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/df/opesoa/TCFC1-10-Cap07.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2012.

PIAGET, Jean. *A epistemologia genética. Sabedoria e ilusões da filosofia; Problemas de psicologia genética*. Traduções de Nathanael C. Caixeiro, Zilda Abujamra Daeir, Celia E. A. Di Piero, 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

PIAGET, J. et al. *Abstração reflexionante: relações lógico-aritméticas e ordem das relações espaciais*. Tradução Fernando Becker e Petronilha Beatriz Gonçalves da Silva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REGO, Sérgio. *A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- RICOEUR, Paul. *A memória, a história, o esquecimento*. Campinas: UNICAMP, 2007. 535 p.
- SARMENTO, Manuel Jacinto. *O estudo de caso etnográfico em Educação*. Portugal: Universidade do Minho, 2000.
- SEBASTIANY, G. D.; BASTOS, M. D.. *Curso de Medicina da UNISC: A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.
- STAKE, Robert. *Investigación com estudio de casos*. Madrid: Morata, 1998.
- TESSER, Charles Dalcante. Contribuições das Epistemologias de Kuhn e Fleck para a Reforma do Ensino Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.32, n1, p.98-104, jan./mar. 2008.
- UNISC. Universidade de Santa Cruz do Sul. *Plano de Desenvolvimento Institucional 2001/2005*. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2001.
- UNISC. Universidade de Santa Cruz do Sul. *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina/ Universidade de Santa Cruz do Sul*. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2010.
- VALLE, Lílian do. Teoria, Determinação, Complexidade: Desafios da Reflexão Sobre Educação. *Revista Educação, Saúde e Trabalho*, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 9-25, set. 2003.
- VASCONCELLOS, Celso dos S.. *Avaliação: Concepção Dialética-Libertadora Do Processo de Avaliação Escolar*. 13 ed. São Paulo: Libertad, 2001.
- VASCONCELLOS, Celso dos S.. *Coordenação do Trabalho Pedagógico: Do Projeto Político-pedagógico ao Cotidiano de Sala de Aula*. 7 ed. São Paulo: Libertad, 2006.

ANEXO A - Fichas de Avaliação

FICHA DE AVALIAÇÃO DE DOUTORANDOS

Nome:

Área:

Universidade:

Período:

1.1 Atenção ao paciente:

	I	R	B	O	
Não consegue entender a situação do paciente; não ouve: intervêm inadequadamente, não sabe ganhar a confiança (atende de porta aberta, não cumprimenta, etc.)					Consegue ver a situação do ponto de vista do paciente; sabe ouvir o paciente e intervém adequadamente; busca ganhar e manter a confiança do paciente (empatia)
Não consegue realizar anamnese					Colhe dados relevantes ao problema trazido, sem desprezar outros problemas/queixas relatados ou detectados
Examina inadequadamente, por omissão ou excesso de procedimentos					Examina o paciente de acordo com as necessidades do problema apresentado
Registra de maneira desorganizada e difícil entendimento por terceiros					Registra de forma clara, organizada e priorizando os dados positivos ou relevantes
Não consegue elaborar raciocínio a partir dos dados obtidos					Consegue selecionar, organizar e elaborar os dados formulando uma lista de problemas
Não consegue apontar os exames a serem realizados para o paciente ou o faz sem critério					Indica exames com critério e dentro da necessidade do caso
Não consegue formular um plano de tratamento ao paciente					Indica intervenções com critério e adequadas ao caso
Não apresenta habilidades técnicas adequadas ao seu período de formação, não observa normas e procedimentos					Apresenta habilidades técnicas adequadas ao período de formação, adere as normas e procedimentos

1.2 Conhecimento e uso das evidências

Não demonstra bom conhecimento para o período de formação					Mostra conhecimento básico adequado para o seu nível de formação
Não percebe suas deficiências, não pergunta, não estuda					Identifica suas deficiências, pergunta, é interessado, estuda os temas propostos
Não busca novas informações além das indicadas, não tem senso crítico, não consegue interpretar evidências					Busca novas fontes de informação, tem senso crítico sabendo interpretar as evidências para a situação do paciente

1.3 Trabalho em equipe

Não tem um bom relacionamento com a equipe; não é acessível					Tem um bom relacionamento com os integrantes da Equipe, respeitando, e sendo disponível
Não é assíduo, é pouco pontual, não cumpre espontaneamente suas responsabilidades, não se justifica quando não cumpre					É pontual, assíduo, cumpre espontaneamente suas responsabilidades ou justifica suas omissões

Conceito

I = Insuficiente () R = Regular () B = Bom () O = Ótimo ()
 (abaixo de 5) (5 a 6) (7 a 8) (9 a 10)

Obs.: Para comentários ou sugestões, use o verso da folha.

Nome do preceptor ou responsável: _____

Assinatura do preceptor ou responsável: _____

Nota final: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO ESTÁGIO CURRICULAR – INTERNATO MÉDICO

ACADÊMICO:

ÁREA:

PERÍODO:

AVALIADOR: Equipe de preceptores

I) ATITUDES E HABILIDADES

01) ATITUDE

- (A+B+C+D) ()
- a) Vestuário (0-2)
 - b) vocabulário (0-2)
 - c) higiene pessoal (0-2)
 - d) postura médica (0-4)

02) RELACIONAMENTO

- (A+B+C) ()
- É afetivo, cooperativo, seguro, tem liderança, bom relacionamento:
- a) com paciente-família (0-6)
 - b) com equipe (0-2)
 - c) com funcionário (0-2)

03) INTERESSE

- (A+B+C+D+E) ()
- a) conhece bem todos seus pacientes (0-2)
 - b) sabe resultados de exames (0-2)
 - c) agiliza exames e consultadas (0-2)
 - d) acompanha procedimentos e cirurgias de seus pacientes (0-2)
 - e) manifesta interesse por casos atendidos nos plantões (0-2)

04) CRIATIVIDADE

- (A+B+C+D+E) ()
- a) tem capacidade de decisão (0-2)
 - b) sugere condutas baseando-se em consultas à literatura pertinente (0-2)
 - c) busca respostas espontaneamente nos plantões através da literatura (0-2)
 - d) procura o professor quando tem dúvidas ou dificuldades (0-2)
 - e) tenta encontrar soluções para os problemas (0-2)

05) APTIDÕES

- (A+B+C) ()
- a) capacidade de realizar anamnese com organização e qualidade (0-4)
 - b) capacidade de realizar exame físico seguindo a metodologia adequada (0-3)
 - c) capacidade de realizar outros procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos (0-3)

06) PONTUALIDADE

- Comparece com pontualidade em suas atividades: ()
- a) Nunca (zero)
 - b) ocasionalmente (1-4)
 - c) frequentemente (5-8)
 - d) sempre (9-10)

07) ASSIDUIDADE ()

- a) falta com freqüência as atividades (0-6)
- b) comparece ao hospital diariamente, nos horários convencionais (M, T, N) (7-9)
- c) comparece ao hospital diariamente, inclusive em outros horários, quando necessário para o paciente ou serviço (noite, domingos, feriados) (10)

08) INTERESSE PELO ESTUDO ORIENTADO

- Estuda quando solicitado: ()
- a) Nunca (zero)
 - b) ocasionalmente (1-5)
 - c) frequentemente (6-9)
 - d) sempre (10)

09) INTERESSE PELO ESTUDO DA MEDICINA

- Estuda espontaneamente: ()
- a) Nunca (zero)
 - b) ocasionalmente (1-5)
 - c) frequentemente (6-9)
 - d) sempre (10)

10) ASSIDUIDADE ()

- Quantidade e qualificação do aprendizado durante o estágio (0-10)

MÉDIA FINAL ATITUDES/HABILIDADES= ()

AVALIAÇÃO COGNITIVA (0-10) = ()

DECLARAÇÃO

Declaramos

que

_____,
 da Universidade **Xxxxxxxxxxxxx xx Xxx** –, realizou Estágio Curricular de Medicina, no
 _____, no _____, no
 período de _____ a _____.

ÁREA

PERÍODO

NOTA

_____, ____ de _____ de 2012.

Coordenador

ANEXO B – Instrumento para coleta de dados

Você já é formado? () Sim Há quanto tempo?.....
 () Residência (Especialização). Qual?.....
 () Não. Qual o seu Semestre?

Descreva seus estágios: Período (meses) e em quais áreas respectivamente:
 Hospital Santa Cruz:

Hospital Conceição:

Hospital Cidade Passo Fundo:

Ernesto Dornelles:

Outros:

A. Durante a consulta, como você descreveria a sua atenção ao paciente?

1. () Adequada, satisfatória e centrada no problema do paciente;
2. () Tenho determinadas incertezas e dúvidas quanto a abordagem correta do paciente durante a consulta médica.
3. () Não me sinto preparado para realizar consulta clínica ao paciente.

B. Quais as suas dificuldades na anamnese e exame clínico.

1. () Nenhuma, me sinto em condições de realizar a anamnese e exame clínico.
2. () Tenho determinadas incertezas e dúvidas quanto a realização do exame clínico e anamnese do paciente.
3. () Não me sinto preparado para realizar anamnese e exame clínico ao paciente.

C. Você se avalia competente em todos os níveis de atendimento (clínico, pediátrico, gineco-obstetra, cirúrgico)?

1. () Sim, me sinto em condições de realizar atendimento pleno aos pacientes, nas áreas básicas em que fui treinado (clínico, pediátrico, gineco-obstetra e cirúrgico).
2. () Sim, embora possua determinadas incertezas e dúvidas quanto a realização de atendimento em alguma área básica. Descreva qual(is) área(s):.....

3. () Não me sinto preparado para realizar qualquer tipo de atendimento nas áreas básicas (clínico, pediátrico, gineco-obstetra e cirúrgico).

D. Como você se sente quando está exercendo a prática médica?

1. () Seguro, não tenho dificuldades, me sinto em condições plenas de exercitar a Medicina.
2. () Tenho determinadas incertezas e dúvidas quanto a realização da prática médica.
3. () Não me sinto preparado para exercer o ofício da Medicina.

E. Sente-se apto a realizar a prática médica com segurança em um pronto-socorro?

1. () Sim, me sinto em condições de realizar atendimento com segurança para mim e o

paciente em um pronto-socorro.

2. () Tenho determinadas incertezas e dúvidas quanto a realização de atendimento em caráter de urgência e emergência em um pronto socorro, mas exerceria a atividade.
3. () Não me sinto preparado para realizar atendimento com segurança para mim e o paciente em um pronto-socorro.

F. E num posto de saúde?

1. () Sim, me sinto em condições de realizar atendimento adequado e seguro para mim e o paciente em um posto de saúde.
2. () Tenho determinadas incertezas e dúvidas quanto a realização do atendimento adequado e seguro para mim e o paciente em um posto de saúde, mas exerceria a atividade.
3. () Não me sinto preparado para realizar atendimento adequado e seguro para mim e o paciente em um posto de saúde.

G. quanto às suas habilidades técnicas quanto à realização de:

1. Suturas:
 - () Sim.
 - () Não.
2. Pequenas cirurgias ambulatoriais:
 - () Sim.
 - () Não.
3. Uso de fios adequados:
 - () Sim.
 - () Não.
4. Parto normal, episiotomia e extração da placenta:
 - () Sim.
 - () Não.
5. Auxílio cirúrgico:
 - () Sim.
 - () Não.
6. Anestesia infiltrativa:
 - () Sim.
 - () Não.

H. Saber identificar e tratar adequadamente:

- 1.IAM:
 - () Sim.
 - () Não.
- 2.Crise asmática
 - () Sim.
 - () Não.
- 3.Edema agudo de pulmão.
 - () Sim.
 - () Não.
- 4.Choque anafilático.
 - () Sim.
 - () Não.

I. Conseguiria atuar em equipe? () Sim. () Não.

J. Que significado você atribuiria à morte de um paciente, dentro da sua formação médica.

K. Como você sente “o ser médico”? E como imagina a sua trajetória?

L. No que depende da instituição, qual nota (1-10) você dá ao curso de Medicina?.....

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: ALUNOS DE MEDICINA EM PROCESSO DE AUTOAVALIAÇÃO

Termo de consentimento livre e esclarecido do participante

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, conforme resolução número 196/96 do Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde declaro que fui devidamente informado (a) sobre:

1 – A pesquisa tem como objetivo: Descrever, analisar e compreender como o aluno do curso de Medicina se autoavalia, em seu aprendizado no que diz respeito às competências estabelecidas no projeto político pedagógico para o curso de Medicina em questão, bem com as eventuais dificuldades e falhas encontradas por parte do corpo discente. Tendo como finalidade através deste estudo uma coleta de informações para trabalho de conclusão de Curso de Pós-Graduação em Educação – Mestrado da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

2 – Destaco como justificativa desse trabalho: A importância de realizar esta pesquisa se deve às contribuições dos acadêmicos do curso de Medicina, e desta forma, compreender e identificar falhas e dificuldades no aprendizado, possibilitando intervenções futuras no sentido de aperfeiçoar o processo ensino/aprendizagem, o qual requer um amplo e contínuo processo de avaliação.

3 – Primeiramente será realizado um questionário estruturado, envolvendo uma pesquisa qualitativa descritiva, que no andar da pesquisa serão submetidas à análise das informações obtidas.

4 – O estudo vigente tem como segurança de que não será identificada, e que se manterá em caráter confidencial as informações relacionadas à sua privacidade.

5 – O pesquisador se coloca disponível a esclarecer qualquer dúvida referente aos procedimentos utilizados.

7 – Serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho de pesquisa, onde o indivíduo que responder a este questionário tem o total direito de abandonar ou recusar-se a participar desta pesquisa, sem prejuízo para ambas às partes (pesquisado ou pesquisador).

8 – Salienta-se que a concordância em participar deste estudo não implica em modificação no tratamento que está sendo realizado, e terá sua privacidade protegida e que a não contribuição em participar deste estudo científico em nada irá alterar esta pesquisa, pois a pessoa é livre para participar, ou não.

9 - Os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para o meio acadêmico, sendo responsabilizado futuramente para estudos direcionados a questão em que este tema aborda referente aos Alunos de Medicina em Processo de Autoavaliação. O presente documento será apresentado em duas vias, ficando uma assinada com o pesquisador(a) e a outra com o pesquisado(a).

Eu, _____ (pesquisado) fui informado dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do questionário e

