

**FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO**

**ANÁLISE DO CURRÍCULO DE UM CURSO DE MEDICINA EM IMPLANTAÇÃO  
NO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo - UNIFESP para  
obtenção do título de Mestre Profissional  
em Ensino em Ciências da Saúde.**

**SÃO PAULO**

**2020**

FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO

**ANÁLISE DO CURRÍCULO DE UM CURSO DE MEDICINA EM IMPLANTAÇÃO  
NO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora:  
Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

SÃO PAULO  
2020

Barreiro, Francisca Raimunda de Souza

Análise do currículo de um curso de medicina em implantação no interior do estado de Minas Gerais / Francisca Raimunda de Souza Barreiro – São Paulo, 2020.

209 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Analysis of the curriculum of a medical course in implementation in the state of Minas Gerais.

1. Educação médica. 2. Currículo. 3. Avaliação educacional. 4. Atenção primária à saúde. 5. Sistema Único de Saúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MODALIDADE PROFISSIONAL**

**Diretora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS**

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação**

Prof. Dr. Leonardo Carnut

**FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO**

**ANÁLISE DO CURRÍCULO DE UM CURSO DE MEDICINA EM IMPLANTAÇÃO  
NO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira  
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - Unifesp

---

Prof. Dr. Aécio Flávio Teixeira de Gois  
Universidade Federal de São Paulo

---

Prof. Dr. Leonardo Carnut  
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - Unifesp

---

Prof. Dr. Neilton Araújo de Oliveira  
Universidade Federal de Tocantins - UFT

---

Suplente: Prof. Dr. Sigisfredo Luís Brenelli  
Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic

**Dedico este trabalho aos meus queridos, Amauri Barreiro, Tiago Barreiro e Ana Barreiro. Cada um com suas particularidades me emocionam e me impulsionam na trajetória pela vida.**

## AGRADECIMENTOS

*... em TUDO sejam os vossos pedidos conhecidos diante de DEUS,  
e sedes AGRADECIDOS...*

(FILIPENSES 4:6)

Alguns pedidos colocamos verbalmente diante de Deus; outros, Ele sonda nossos corações e sabe que o pedido está lá, tímido, temeroso, mas Ele conhece! Assim, sou agradecida porque Ele proporcionou meios para que o pedido do meu coração, pelo sonho do Mestrado, me fosse entregue.

Parece que tudo começou em cumplicidade com um grande educador, o Prof. Dr. Carlos Mourthe, e os amigos Profa. Angela Campos e Prof. Dr. Antonio Angelo Rocha, quando literalmente nos demos as mãos e nos desafiamos a percorrer o caminho da Educação. Obrigada Carlos, Angela e Antonio Angelo!

Ao meu esposo, Amauri Barreiro, que sempre me aconselhou a seguir com todos os desejos do meu coração.

Agradecida aos meus filhos, Tiago Augusto e Ana Carolina, que me incentivaram a percorrer este caminho do mestrado, que eles mesmos já experimentaram em sua formação.

Aos meus pais, José Augusto (que hoje no seu mundo de Alzheimer já não sabe mais quem eu sou, mas eu sei quem ele é!) e à minha mãe, Elidia, que sempre acreditou na trajetória educacional de seus filhos.

Agradecida aos meus professores e alunos, que me encantam com as várias possibilidades no processo de ensino-aprendizagem. Aos docentes e discentes que, prontamente, investiram tempo precioso nos encontros promovidos nas entrevistas individuais e em grupo. Nos grupos focais, contei com a participação atenciosa de pessoas queridas como a Profa. Vanessa Fonseca Vilas Boas e sua aluna, Flávia Vanucci Gonçalves. Obrigada mesmo!

Ao Cedess/Unifesp, com seus professores e demais funcionários, que me proporcionaram, naquele local, um “lar”, quando nos encontrávamos quinzenalmente.

Agradecida aos colegas-amigos da Turma 2018 do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, cada um muito especial em suas particularidades.

Aos motoristas de ônibus da linha Poços de Caldas/SP, aos motoristas de metrô, aos funcionários de padarias e restaurantes, aos motoristas de UBER, todos que, de alguma forma, me acolheram nestes dois anos de idas e vindas de Minas Gerais a São Paulo.

Agradecida aos meus sobrinhos, Leo e Karen, que me ofereceram “pousada” quinzenalmente, acompanhada de muito carinho.

À bibliotecária e revisora, Teresa Avalos Pereira, pelo trabalho dedicado e pelo aprendizado que me proporcionou durante o processo de revisão.

Às colegas nefrologistas, Ana Carla Castro dos Santos e Mirtes Maria Rodrigues, por todas as trocas de plantões para que eu pudesse, quinzenalmente, estar em São Paulo.

E como todos os nossos pedidos devem ser colocados diante de Deus, fiz um pedido a Ele: “Orientai-me, Senhor, na escolha de uma orientadora”. E Ele me trouxe alguém muito especial: Beatriz Jansen! Sou muito agradecida por este “carinho de Deus”: minha orientadora, querida Profa. Dra. Beatriz Jansen!



BARREIRO, Francisca Raimunda de Souza. **Análise do currículo de um curso de medicina em implantação no interior do estado de Minas Gerais**. 2020. 209 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020.

## RESUMO

A pesquisa teve por objetivo analisar o currículo de um curso de medicina em implantação no interior do Estado de Minas Gerais, à luz dos artigos 3º, 5º, 26, 29 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), de 2014. Para atingir o objetivo, optou-se por metodologia qualitativa, com um estudo de caso descritivo e exploratório. Os instrumentos de pesquisa foram compostos por estudo de caso, entrevista semiestruturada e grupo focal. A análise dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo na modalidade temática. O contexto foi no âmbito de um curso de medicina em uma Universidade privada do interior do Estado de Minas Gerais, criado em 2018, com ingresso de duas turmas de acadêmicos, com 50 alunos por turma (total de 100 alunos). A população de estudo foi composta pelo Coordenador do curso de medicina, dez docentes, e quinze discentes. A pesquisa evidenciou os desafios e potencialidades do currículo deste curso de medicina frente ao proposto nas novas DCN de 2014, e a trajetória inicial da formação do profissional médico nos diferentes e possíveis cenários de ensino-aprendizagem na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Inferiu-se que este curso de medicina, em sua trajetória inicial, respondeu às propostas das DCN 2014, porém, ficou clara a preocupação dos entrevistados com a possibilidade de “mudança de foco” para uma formação tecnicista, a partir do contato com as especialidades médicas na Atenção Secundária e Terciária, sendo um possível influenciador a presença de docentes que não entendem, ou mesmo não valorizam o trabalho da Atenção Primária, e que não foram formados na proposta da Clínica Ampliada. Inferiu-se também que, embora os discentes entendam a importância da formação crítica, ética, reflexiva, e para isso a necessidade de disciplinas que tragam o suporte científico, social e filosófico para esta formação, eles ainda têm uma insegurança quanto à possibilidade de tais disciplinas ocuparem o “espaço” de disciplinas com conteúdo biologicista, e isto prejudicar a qualidade da formação médica. Foram pontuadas fragilidades na pactuação da integração ensino-serviço. Apesar do reconhecimento da importância da perspectiva da formação

interprofissional, ainda há uma distância entre interprofissionalidade e multiprofissionalidade. O maior desafio apontado por todos os entrevistados residiu na proposta de ensino centrada no aluno, com sua autonomia na construção do aprendizado, facilitado pelo professor, e o desenvolvimento do curso, a partir de uma metodologia com ênfase no construtivismo (metodologia ativa de ensino-aprendizagem). Porém, discentes e docentes admitem que a construção da autonomia no aprendizado passa pelo uso de metodologias ativas.

**Palavras-chave:** Educação médica. Currículo. Avaliação educacional. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde.

BARREIRO, Francisca Raimunda de Souza. **Analysis of the curriculum of a medical course in implementation in the state of Minas Gerais**. 2020. 209 p. Dissertation (Professional Master's degree in Teaching in Health Sciences) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020.

## **ABSTRACT**

The research aimed to analyze the curriculum of a medical course in implementation in the state of Minas Gerais in the light of articles 3º, 5º, 26, 29 of the Diretrizes Curriculares nacionais (DCN), of 2014. To achieve the objective, we opted for a qualitative methodology, with a descriptive and exploratory case study. The research instruments were composed of a case study, semi-structured interview and focus group. Data analysis occurred through content analysis in the thematic modality. The context was within the scope of a medical course at a private university in the interior of the State of Minas Gerais created in 2018, with the admission of two classes of students, with 50 students per class (100 students). The study population was composed of the Coordinator of the medical course, ten professors, and fifteen students. The research evidenced the challenges and potentialities of the curriculum of this medical course compared to that proposed in the new DCN of 2014, and the initial trajectory of the training of the medical professional in the different and possible teaching-learning scenarios in the Sistema Único de Saúde (SUS) network. It was inferred that this medical course, in its initial trajectory, responded to the proposals of the DCN 2014, however, being clear the concern of the interviewees with the possibility of "change of focus" for a technical training from the contact with medical specialties in Secondary and Tertiary Care, being a possible influencer the presence of teachers who do not understand, or even do not value the work of Primary Care, and who were not trained in the proposal of the Expanded Clinic. It was inferred that, although the students understand the importance of critical, ethical, reflective training, and for this the need for disciplines that bring scientific, social and philosophical support for this formation, they still have an insecurity about the possibility of such disciplines occupying the "space" of disciplines with biologist content, and this impairs the quality of medical training. Weaknesses are scored in the agreement of teaching-service integration. Despite the recognition of the importance of the perspective of interprofessional training, there is still a distance between interprofessionality and

multiprofessionality. The greatest challenge pointed out by all interviewees was the student-centered teaching proposal, with its autonomy in the construction of learning, facilitated by the teacher, and the development of the course based on a methodology with emphasis on constructivism (active teaching-learning methodology). However, students and teachers admit that the construction of autonomy in learning involves the use of active methodologies.

**Keywords:** Medical education. Curriculum. Educational measurement. Primary health care. Unified Health System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema do Arco.....	60
Figura 2. Representação esquemática da Espiral Construtivista .....	67
Figura 3. Aspectos constitutivos da Formação em Saúde .....	89

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Evolução no número de médicos (indivíduos), de registros de médicos e da população entre 1920 e 2020 – Brasil, 2020 .....	27
Quadro 2. Áreas de competência da Prática Médica .....	37
Quadro 3. Ciclos de Ensino-aprendizagem .....	38
Quadro 4. Comparação dos aspectos constituintes dos Modelos Educacionais Brasileiros desenvolvidos no Século XX .....	40
Quadro 5. Modelos de Atenção à Saúde .....	41
Quadro 6. Perfil do egresso descrito no art. 30 das DCN de 2001 e 2014.....	47
Quadro 7. Perfil do corpo docente do curso de medicina do interior do Estado de MG, 2020 .....	72
Quadro 8. Perfil do corpo docente do Grupo Focal 1 do curso de medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, 2020 .....	73
Quadro 9. Perfil do corpo docente do Grupo Focal 2 do curso de medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, 2020.....	73
Quadro 10. Aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes, quanto ao Artigo 3º das DCN 2014, Poços de Caldas, 2020 .....	75
Quadro 11. Aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes, quanto ao Artigo 5º das DCN 2014, Poços de Caldas, 2020 .....	81
Quadro 12. Aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes, quanto ao Artigo 26 das DCN 2014, Poços de Caldas, 2020 .....	90
Quadro 13. Aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes, quanto ao Artigo 29 das DCN 2014, Poços de Caldas, 2020 .....	95

## ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRP	Aprendizado Baseado em Resolução de Problemas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS/AD	Centro de Apoio Psicossocial/Álcool e drogas
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cinaem	Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
Cismarpa	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Alto do Rio Pardo
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
Coapes	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-serviço
Coreme	Comissão de Residência Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DM	Diabetes Melitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EIP	Educação Interprofissional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAE	Faculdades Associadas de Ensino
Faimer	<i>Foundation for Advancement of International Medical Education and Research</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituição de Ensino Superior
IRCE	Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico
MEC	Ministério da Educação
MICI	O médico, o indivíduo e a comunidade I
MP	Metodologia da Problematização
MS	Ministério da Saúde
MSTI	O médico e seu trabalho I
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PBL	<i>Problem Based Learning</i>
PDD	Programa de Desenvolvimento Docente
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPP	Projeto Político Pedagógico
PRM	Programa de Residência Médica
Proadi-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Promed	Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para o Curso de Medicina



Provab	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RH	Recursos Humanos
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
Samu	Serviço Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Telesaude	Programa Telesaúde Brasil Redes
TFD	Setor de Tratamento fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
U/E	Urgência/emergência
Unasus	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
Versus	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
1.1 Contexto da pesquisa .....	28
1.2 Infraestrutura da saúde.....	32
1.3 A importância do Curso de Medicina para o município.....	34
1.4 Integração Município/Universidade (Integração Ensino-Serviço) .....	35
1.5 Objetivos do Curso de Medicina .....	36
1.5.1 <i>Objetivo geral do Curso de Medicina</i> .....	36
1.5.2 <i>Objetivos específicos do Curso de Medicina</i> .....	36
1.6 Objetivos.....	39
1.6.1 <i>Objetivo geral</i> .....	39
1.6.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	39
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>40</b>
2.1 Currículo disciplinar .....	44
2.2 Currículo modular interdisciplinar .....	45
2.3 A formação médica e as Diretrizes Curriculares Nacionais .....	46
2.4 O Currículo e as DCN.....	52
2.5 A formação pedagógica do docente em Medicina .....	54
2.6 Metodologia da Problematização.....	59
2.7 Aprendizagem Baseada em Problemas.....	61
2.8 Espiral construtivista .....	66
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>68</b>
3.1 Instrumentos da pesquisa.....	68
3.1.1 <i>Estudo de caso</i> .....	68
3.1.2 <i>Entrevista semiestruturada</i> .....	69
3.1.3 <i>Grupo focal</i> .....	69
3.2 Análise dos dados .....	70
3.3 Aspectos éticos.....	71
3.4 População de estudo .....	71
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>72</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>107</b>

<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS JUNTO AO COORDENADOR DO CURSO DE MEDICINA (C) E AOS PROFESSORES (P).....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS, INTEGRADOS POR DISCENTES DA DISCIPLINA INTRODUÇÃO AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE E – ENTREVISTAS COM PROFESSORES E COORDENADOR.....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE F – ENTREVISTAS COM GRUPO FOCAL 1 .....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE G – ENTREVISTAS COM GRUPO FOCAL 2 .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE H – PRODUTO FINAL DA DISSERTAÇÃO.....</b>	<b>146</b>
<b>ANEXO A – LEI 8080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 .....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXO B – DCN PARA O CURSO DE MEDICINA 2001 .....</b>	<b>180</b>
<b>ANEXO C – DCN PARA O CURSO DE MEDICINA 2014.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO D – EMENTÁRIO DAS DISCIPLINAS DO PRIMEIRO AO QUARTO PERÍODO.....</b>	<b>199</b>
<b>ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>204</b>

---

## APRESENTAÇÃO

...há tempo para todo propósito debaixo do céu... tempo de plantar...tempo de edificar... tempo de buscar... tempo de falar...  
(BIBLIA, ECLESIASTES 3:1-8).

Há tempo para tudo, e há tempos eu “sonhava” em cursar o mestrado. Creio que este sonho começa a ter fundamento muito tempo atrás.

Quando criança, me via como “atriz de circo”, depois aeromoça, então professora e finalmente médica. E creio que o que ficou deste imaginário foi o misto de professora e médica.

Aos 18 anos, em 1978, ingressei na Faculdade de Medicina em Pouso Alegre/MG, faculdade privada, sonho inatingível para uma jovem que já tinha experiência em outras áreas (como auxiliar da mãe costureira, vendedora de salgadinhos na rua, também feitos pela mãe, vendedora em Bomboniere, professora particular das colegas de ginásio nas áreas de português e matemática e professora de crianças e adolescentes na Escola Dominical). Voltando ao sonho inatingível, por meio de uma política do Governo Federal da época, o Crédito Educativo, pude cursar todos os anos da faculdade com a mínima despesa (não pagava escola, não comprava livros, não comprava materiais como estetoscópio, fazia os trajetos a pé, considerando a longa distância de meu bairro, e raramente gastava com xerox de algum livro emprestado da biblioteca da faculdade).

A formação ocorria pela metodologia transmissora do conhecimento, centrado mesmo no professor. Assim, me tornei excelente no desempenho de “anotar com rapidez e precisão os ensinamentos dos professores” e meu caderno era um dos disputados para xerox, na época das provas.

O que avaliava o aluno eram as notas, e decorar era uma outra “qualidade” que eu tinha; assim, sempre estava entre os primeiros alunos da sala.

Se eu pudesse voltar no tempo, teria feito diferente, teria estudado diferente, teria estudado para aprender e não para “tirar notas”.

Mas, naquela época, eram assim “que as coisas funcionavam”. Somente quando formada, quando na realidade da profissão, sem o professor ao lado, tendo

na minha frente o paciente, entendi que estar entre os primeiros alunos não significa estar pronto.

Toda a “decoreba” não implicou em aprendizado significativo. Agora, sim, começaria o aprendizado dentro de contextos.

Continuando em Pouso Alegre, nos anos de 1984-85, cursei o estágio reconhecido pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (hoje Residência Médica), sendo titulada ao término pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e, após alguns anos, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN).

Veio então o casamento com um colega de classe, que cursou a residência de Clínica Médica e, juntos, em 1986-87, trabalhamos numa pequena cidade, onde os recursos humanos, materiais e medicamentos, laboratoriais e de imagem eram precários.

Nesta cidade (querida para nós), tivemos nosso primeiro filho. Havia uma insatisfação com o sentimento de “parados no tempo”, sem perspectiva de desenvolvimento profissional e o desejo de meu esposo de cursar hematologia e de eu continuar no aprendizado e exercício da nefrologia.

Seguimos, então, para Belo Horizonte, onde ficamos de 1988 até junho de 1990. Neste período nasceu nossa segunda filha. O esposo cursou hematologia, e eu fiz estágio em nefrologia pediátrica e de adultos.

Em julho de 1990, fomos “acolhidos” em Poços de Caldas, onde estamos há 30 anos, com atuações no serviço público, na Santa Casa e no Hospital Unimed. Durante 17 anos, trabalhei concursada na Secretaria Municipal de Saúde como médica nefrologista, no ambulatório de especialidades, Programa de Hipertensão e Diabetes, exercendo, por menores períodos, atividades como diretora clínica da Policlínica Central e Secretária de Saúde do Município.

No Hospital Unimed trabalho como nefrologista, tendo sido membro da Comissão de Ética e do Conselho Fiscal. Na Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas as atividades como plantonista do setor de terapia intensiva, por muitos anos, me propiciaram ser aprovada na prova de título de especialista em Medicina Intensiva. Como nefrologista, sou plantonista no setor de Terapia Renal Substitutiva e médica diarista na ala de clínica médica.

---

Exerci funções nesta Santa Casa nas comissões de ética, comissão de revisão de prontuários, setor de auditoria e dois mandatos de diretoria clínica.

Como diretora clínica, tive a oportunidade de responder ao desafio de criar a residência médica na Santa Casa, em 2013. Hoje contamos com seis programas de residência médica, onde permaneço como Coordenadora da Comissão de Residência Médica (Coreme), supervisora e preceptora do Programa de Residência Médica (PRM) em Clínica Médica.

Ao olhar para minha trajetória profissional, sempre percebi o incômodo pela “falta de tempo” (ou falta de priorizar tempo) para o investimento na docência. Sempre fui atraída pelo ensino e, quando “nasceram” os programas de residência médica na Santa Casa, num momento em que os filhos já seguiam seus caminhos, percebi que “o tempo para todo propósito” havia chegado e ele significava meu desenvolvimento como docente.

Iniciei, então, abraçando os cursos de formação em preceptoria em residência médica, seguindo com o curso de especialização (pós-graduação) em Processos Educacionais em Saúde, com ênfase no construtivismo. Neste momento, fui apresentada às metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Foi então que fiz uma visita ao meu passado como estudante, que decorava muito bem, mas não conectava o conteúdo com o significado e a necessidade da aprendizagem, que não elaborava perguntas, mas “anotava todas as respostas” transmitidas pelos professores.

Esta visita ao meu passado de estudante (que, sem dúvida, tem seu valor para o contexto de metodologia pedagógica da época), trouxe-me a clareza da necessidade de me preparar para formar jovens que sejam transformados nesta trajetória da formação e que transformem o mundo de trabalho que lhes será apresentado.

Procurando e pensando um local para o mestrado, não me atraía o mestrado acadêmico, porque ali eu não encontraria espaço necessário para responder à minha lacuna de aprendizado como docente, creio que apenas a lacuna de aprendizado como pesquisadora seria preenchida.

Fui apresentada pela experiência de uma colega ao Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde da Unifesp. Que encontro agradável: pesquisa e docência, num espaço multi e interprofissional. O convívio e troca de experiências e

saberes com outros profissionais da saúde só poderiam enriquecer minha formação como pessoa, profissional e docente.

É o tempo de iniciar o sonho do mestrado (turma 2018)! Tempo de responder aos desafios que nós mesmos nos oferecemos.

Que bom que sempre haverá tempo para todo propósito debaixo do céu!

---

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde como direito de todos e dever do Estado, tem como fatores determinantes e condicionantes alimentação, renda, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e aos serviços essenciais. Esta perspectiva apresentada pela Constituição de 1988 juntamente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8080 (Anexo A) como nosso sistema de saúde nacional, implicou no desafio de uma reforma curricular nos processos formativos em saúde.

Vale ressaltar que a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, passou a ser garantida pela Lei 8142, de 1990 (BRASIL, 1990).

Falar da formação médica nos remete inexoravelmente ao início do século XX, e à publicação do relatório Flexner. O Brasil foi, aos poucos, transformando seu currículo de um modelo de educação médica francesa para o norte-americano, com fortes marcas positivistas (NUNES, 2010; KEMP; EDLER, 2004).

O modelo de ensino médico francês colocava o foco na observação clínica, e trazia para a formação do médico brasileiro o material escolar, livros, métodos, programas, leituras e regulamentos. Este modelo “defendia uma medicina condicionada pelo meio ambiente onde acontece” (BATISTA *et al.*, 2015, p. 9).

Com o modelo norte-americano (flexneriano), o currículo abarcou fortemente uma lógica de estudos dos sistemas e órgãos do corpo humano, a biologização do processo de adoecimento, e a disciplinarização como eixo do processo ensino-aprendizagem. Surgem os Hospitais Universitários como espaço central para o ensino-pesquisa.

Falar da formação médica também deve nos remeter às propostas do Relatório Dawson, em 1920, com o olhar para a coordenação entre medicina preventiva e curativa, para a reorganização dos serviços de saúde com atenção integral à população, com criação de centros de saúde primários (em vilas, com o médico clínico generalista), secundários (em cidades maiores) e hospitais de referência. O relatório já apontava a discrepância entre a formação do egresso da universidade e as necessidades de saúde dos pacientes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).



---

Neste cenário, projetos que privilegiavam a formação de profissionais com perfil generalista se defrontam com a resistência de setores interessados na conservação do modelo flexneriano.

Evidentemente, as consequências diretas desse processo se manifestaram no privilégio de investimentos em ações curativas, hospitalocêntricas, com ênfase desproporcional no uso de tecnologias duras como equipamentos, logística, normatizações etc. (MERHY, 2000; FERREIRA, 2004).

Essa perspectiva formativa enfatiza um trabalho hierarquizado, individualizado com destaque para o cognitivo, técnicas dissociadas do enfoque social e do cunho humanizador.

Este modelo prevalece até o início da década de 2000, quando as escolas médicas passam a perceber as grandes lacunas que se mantinham, e surge a premência de um novo conjunto de pressupostos para a formação médica.

Em 2001, foram instituídas as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Anexo B) com um novo paradigma frente a uma formação profissional, ainda na lógica do antigo modelo de saúde.

Neste antigo formato, os profissionais eram formados no modelo biomédico, técnico-científico, com formato centrado nas doenças e voltado para a especialização profissional.

A partir das DCN, o foco da formação tira o olhar predominante da doença, trazendo-o para a promoção da saúde, implicando, portanto, entre vários aspectos, no questionamento do modelo hospitalocêntrico.

Neste sentido, o Brasil vem, desde o início da década de 90, propondo políticas e programas de formação de profissionais, aproximando os campos da educação e saúde. Ferreira (2004), então, destaca: Criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) (1991), Programa de Saúde da Família – (PSF) (1994), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) (2000), *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research* (Faimer) (2001), Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (2001), Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed) (2002), Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

---

(Versus) (2004), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (2004), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (2005), Residências Multiprofissionais em Saúde (2005), Programa Telesaúde Brasil Redes (Telesaúde) (2007), Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) (2009), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (2010), Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (2010), Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) (2011), Programa Mais Médicos (2013) sucedido pelo Programa Médicos pelo Brasil (2019).

Em 2014, institui-se novas DCN (Anexo C) para o curso de medicina, na proposta da formação prioritária de profissionais de saúde para o SUS e no SUS.

Entre os vários artigos das DCN, de 2014 (BRASIL, 2014), destacam-se os abaixo, em função de eles traduzirem os desafios da atualidade:

O contraste ao modelo biomédico, apresentado no Capítulo I, Art. 3º:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e **tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença** (BRASIL, 2014, p. 1).

A importância de o profissional médico desenvolver o trabalho na perspectiva interprofissional, conforme Capítulo I, Art. 5º, IX:

Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o **trabalho Interprofissional**, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado (BRASIL, 2014, p. 2).

No Capítulo III, Art. 26, o aluno se encontra como sujeito do processo de aprendizagem:

---

O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico **centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo**, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência (BRASIL, 2014, p. 12).

Assim, o corpo docente é convidado a desenvolver nova competência, com o desafio da introdução de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, conforme o Capítulo III, Art. 29, alínea II:

utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2014, p. 12).

Com estas DCN as Instituições de Ensino Superior (IES) adquirem uma oportunidade de desenvolver currículos mais flexíveis, produzindo seus próprios projetos pedagógicos, considerando que cada IES tem suas características próprias, conforme o cenário geográfico, político, social onde estão inseridas, que definem um perfil epidemiológico próprio.

Portanto, as IES em saúde estão diante do desafio de desenvolver seus currículos, conforme as DCN de 2014, e procurar concretizar a trajetória da formação do profissional médico nos diferentes e possíveis cenários de ensino-aprendizagem na rede SUS.

Tendo o curso de medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, iniciado suas atividades no primeiro semestre de 2018, com a proposta de responder às DCN de 2014 para a formação almejada de seus egressos, este projeto de pesquisa se propôs a analisar o currículo deste curso à luz dos artigos 3º, 5º, 26 e 29 das referidas DCN.

Por último, é importante ressaltar as dificuldades não só da formação médica como a de fixação do médico, em um país continental como o nosso.

Scheffer *et al.* (2020) apontam que,

A contagem de 500 mil médicos no país se dá no ano da maior crise de saúde pública da história recente. Além dos impactos sanitários,

---

econômicos e sociais – e seus desdobramentos ainda em curso –, a tragédia da pandemia da Covid-19 lembrou aos países e aos sistemas de saúde, em momento de demanda excepcional e de fragilidades na oferta de serviços, o quão fundamentais são os recursos humanos e a existência de médicos em quantidade suficiente, bem distribuídos, valorizados e protegidos, com habilidades e capacidades para atender às necessidades da população de maneira oportuna, eficiente e efetiva (SCHEFFER *et al.*, 2020, p. 11).

Estes autores, estudando a demografia médica no Brasil, chamam a atenção para a definição do termo médico generalista, pois este termo está nas DCN de 2014, no artigo 3º (ressaltando que o graduado terá formação geral), no artigo 6º (que a formação será generalista) e artigo 29 (sobre o profissional com perfil generalista), e o mesmo termo já estava contemplado nas DCN de 2001.

Sendo assim, é importante o entendimento do conceito de “médico generalista” no Brasil que deve ser o profissional com formação geral em medicina, sem título de especialista. Portanto, o termo não se refere ao médico com especialidade em Clínica Médica, geralmente chamado de “Clínico Geral” ou “Clínico”.

Em outros países, encontra-se o termo generalista para o médico não especialista (com formação geral), o médico de especialidades consideradas básicas (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia) ou o médico de família. “Em números absolutos, o Brasil conta com 293.064 médicos especialistas e 184.946 generalistas, resultando em uma razão de 1,58 especialista para cada generalista” (SCHEFFER *et al.*, 2020, p. 11). Os autores nos trazem que “Nos últimos 50 anos, o número de médicos cresceu quase quatro vezes mais que o da população. Apenas nos últimos 20 anos, de 2000 a 2020, foram acrescentados 260.890 médicos” (SCHEFFER *et al.*, 2020, p. 36).

O quadro 1 nos mostra a evolução do número de médicos, de registros de médicos e da população numa série histórica de 1920 a 2020.

**Quadro 1** – Evolução no número de médicos (indivíduos), de registros de médicos e da população entre 1920 e 2020 – Brasil, 2020

Ano	Médicos (indivíduos)	Médicos (registros)	População
1920	14.031	-	30.635.605
1930	15.899	-	35.935.960
1940	20.745	-	41.236.315
1950	22.720	-	51.944.397
1960	25.841	-	70.992.343
1970	42.718	-	94.508.583
1980	113.495	137.347	121.150.537
1990	182.033	219.926	146.917.459
2000	239.110	291.926	169.590.693
2010	320.477	364.757	190.755.799
2020	500.000	547.344	210.147.125

Fonte: SCHEFFER *et al.* (2020).

Nota: A fonte para a população é o Censo Demográfico do IBGE.

Quanto à distribuição destes profissionais, Scheffer *et al.* (2020) nos mostram que,

As desigualdades que persistem na distribuição dos profissionais são evidentes, não importa se comparadas a grandes regiões do país, unidades da Federação, capital e interior de um mesmo estado ou grupos de municípios segundo estratos populacionais... Enquanto o país tem razão média de 2,27 médicos por mil habitantes, a região Norte tem taxa de 1,30, 43% menor que a razão média nacional. Na região Nordeste, a taxa é de 1,69 (SCHEFFER *et al.*, 2020, p. 48).

Ainda olhando para a expansão dos cursos de Medicina e vagas de graduação, Scheffer *et al.* (2020) nos dizem,

Em outubro de 2020, o Brasil contava com 357 escolas médicas que ofereciam, juntas, 37.823 vagas de graduação. Nas duas últimas décadas o país assistiu à rápida expansão do ensino médico, conforme mostra análise da evolução da oferta das vagas de graduação em Medicina. Em dez anos, de 2010 a 2020, mais de vinte mil novas vagas foram acrescentadas. O aumento foi de 16.836 vagas de graduação oferecidas em 2010 para 37.823 em 2020, ou seja, 124,7% (SCHEFFER *et al.*, 2020, p. 95).

O cenário de intensa ampliação do aparato formador decorre fundamentalmente da adoção de políticas e iniciativas de indução do governo federal, destacando-se a Lei Mais Médicos, de outubro de 2013, que foi seguida de editais que incentivaram a implantação de novos cursos, mantidos sobretudo por instituições de natureza privada, com ênfase em municípios do interior (SCHEFFER *et al.*, 2020, p. 96).

Após a graduação, com a opção pela Residência Médica, as especialidades cursadas pelos médicos residentes, Scheffer *et al.* (2020) encontraram que 43% cursavam programas em quatro especialidades: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia.

Apesar da expressiva ampliação de oferta de vagas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, com a baixa demanda, grande parte destas vagas estão ociosas) (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Quanto aos locais de trabalho do médico,

O hospital é um dos principais locais de trabalho, sendo que 35% dos médicos atuam em hospitais públicos e 40% dos médicos têm vínculo com hospitais privados que não atendem pelo SUS. No SUS, além da assistência hospitalar, os médicos trabalham na atenção primária (20% dos profissionais), na atenção ambulatorial especializada (27%), e na rede de urgência e emergência (25%) (SCHEFFER *et al.*, 2020, p. 167).

Os autores Sheffer *et al.* (2020) concluem que,

O futuro da Medicina e da profissão médica será determinado, portanto, pelos rumos do sistema de saúde, pelas escolhas profissionais, pelo mercado, pelas tecnologias e pelas políticas públicas de recursos humanos, de saúde, de formação e educação médica, que interagem continuamente e, por isso, requerem mais e novos estudos. (SCHEFFER *et al.*, 2020, p. 168).

Portanto, vê-se a importância de pesquisas com o olhar para a formação contemporânea do profissional médico. No avanço do processo de mudança desta formação, há o desafio de, efetivamente, promover a integração ensino-serviço de saúde-comunidade. Entende-se que os artigos 3º, 5º, 26, 29 das DCN de 2014 cuidam de aspectos primordiais nesta formação.

## **1.1 Contexto da pesquisa**

Conforme o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (PPC) (PUC Minas, Campus Poços de Caldas, 2019), que se insere no interior de Minas Gerais, ele pretende,

---

garantir uma sólida formação generalista e o currículo proposto no presente projeto visa à formação de um médico com perfil acadêmico e profissional construído a partir de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, as quais são pertinentes e compatíveis as políticas nacionais de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde, em especial àquelas estabelecidas pelo Programa Mais Médicos, instituído pelo Governo Federal (BRASIL, 2013).

No referido PPC e em dados do IBGE encontram-se informações sobre o município de Poços de Caldas onde o curso de medicina foi implantado. Foi fundado no final do século XIX, com crescimento voltado para a vocação turística e, ao longo da primeira metade do século XX, ocorreu uma identificação das atividades econômicas, políticas, sociais e culturais da comunidade, intimamente relacionadas com o Turismo (PUC Minas, 2019).

Ao final da década de 1960, este município teve seu perfil alterado com a vinda de várias indústrias, desencadeando o início de um processo de intensa urbanização. Instituições de Ensino Superior, centros culturais de referência nacional, novas empresas multinacionais (com desenvolvimento de pesquisas científicas de relevância para a comunidade) se instalaram no município.

Com a maior população da região Sul/Sudeste de Minas Gerais, 167.397 habitantes (IBGE em 2019), o município se localiza numa região com 146 cidades de Minas Gerais com 2,5 milhões de habitantes, na divisa com os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro (IBGE, 2017).

Com crescimento demográfico de 203% nos últimos quarenta anos, a população do município cresceu 2,66% ao ano, na década de 90. Está classificado no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) numa faixa de desenvolvimento humano alto (entre 0,700 e 0,799), pois teve 0,779 no último levantamento realizado (PNUD, 2013).

Está caracterizado como Capital Regional ao polarizar 22 pequenas cidades ao seu redor no processo de distribuição de bens e serviços e com importante desenvolvimento socioeconômico nas duas últimas décadas. A renda *per capita* média do município passou de R\$580,65, em 1991 para R\$953,96, em 2010.

---

Vale destacar índices importantes, como o da extrema pobreza, que diz respeito à proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$70,00, registra-se uma queda de 2,63%, em 1991 para 0,32%, em 2010.

O Índice de Gini passou de 0,56, em 2000 para 0,50, em 2010 (IBGE, 2011; PNUD, 2013).

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais PDR/MG (2011) apresenta o espaço territorial mineiro dos 853 municípios, dividido em 76 microrregiões de saúde e em 13 macrorregiões de saúde.

Esse município, como Região de Saúde, garante o acesso aos serviços de atenção secundária para mais outros 4 municípios. Também faz parte da macrorregião sul de Saúde de Minas Gerais, composta por 12 microrregiões. De importância também para a assistência à saúde, o município integra, com outros 10, o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Alto do Rio Pardo (Cismarpa).

O Cismarpa, dentre muitas ações, propicia o credenciamento de prestadores de serviços na área de saúde, ambulatórios de especialidades conforme necessidade dos municípios, treinamento de equipes de saúde para combate de endemias, mutirões de cirurgia de catarata, e conta com um programa itinerante de saúde mental.

De acordo com as estimativas do IBGE (2011), nesse município, a população residente era de 152.435 habitantes sendo que 51,66% são mulheres e 48,33% homens. Até o ano do levantamento acima citado, houve um incremento populacional de 40,72%, valor muito acima do índice nacional, que foi de 29,92%.

A taxa de natalidade no município tem se mantido estável nos últimos sete anos, variando de 12,3 crianças nascidas vivas a cada grupo de mil pessoas, em 2006 a 12,9, em 2012. Entre 2000 e 2010, a razão de dependência (percentual da população dependente em relação à população potencialmente ativa) passou de 45,99% para 40,55% e a taxa de envelhecimento (razão entre a população de 65 anos ou mais, em relação à população total) evoluiu de 6,99% para 9,03% (PNUD, 2013), fenômeno que se observa de forma nacional.

A mortalidade infantil reduziu de 13,3 por mil nascidos vivos, em 2000 para 11,3 por mil nascidos vivos, em 2017.



---

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Poços de Caldas 2018-2021, realizado em 2013, há uma tendência de crescimento do número de nascimentos de não residentes no município em função do município ser sede de uma rede hospitalar com unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal conveniada com o SUS e ser referência para partos em relação aos municípios da região, além de contar com duas maternidades privadas.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão “Longevidade” do IDHM. Neste município, a esperança de vida aumentou 5,8 anos nas últimas duas décadas, passando de 71,5 anos, em 1991 para 76 anos, em 2000, e para 77,3 anos, em 2010. Em 2010, a esperança de vida média ao nascer, para o estado, era de 75,3 anos e, para o país, de 73,9 anos (PNUD, 2013).

A mortalidade geral no município vem apresentando uma tendência de redução, acompanhando a tendência da mortalidade nacional. Em relação às causas de óbitos, no ano de 2012, o grupo das doenças do aparelho circulatório continua sendo a primeira causa (28,82%), seguida pelas neoplasias (17,7%), doenças do aparelho respiratório (13,35%), doenças do aparelho digestivo (6,3%), causas externas de morbidade e mortalidade (6,21%), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (5,75%), conforme verificado nos dados apresentados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.

De acordo com os dados do SIM (2017), observa-se que nos casos de óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, 29% destes foram registrados por infarto agudo do miocárdio, seguidos de 17% com insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. A hipertensão arterial foi registrada sendo responsável por 6% das causas de óbitos (PIMENTA *et al.*, 2017).

Em relação às neoplasias, segunda causa de morte no município, do total de óbitos desta natureza, observou-se que 49,7% foram causados por tumores passíveis de detecção precoce, cujo diagnóstico poderia ser feito por meio de exames relativamente simples e de baixo custo (PIMENTA *et al.*, 2017).

## 1.2 Infraestrutura da saúde

Com ações voltadas para a saúde preventiva e curativa, o sistema municipal de saúde de Poços de Caldas desenvolve programas com atenção para gestantes, diabéticos, hipertensos, saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis (DST), saúde bucal, e muitos outros.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com serviços próprios na Atenção Básica, Atenção Especializada (Ambulatório de Especialidades), Saúde Mental, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Laboratório Municipal de Análises Clínicas, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde. Também possui o Setor de Medicina Social, Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e área de gestão administrativa e financeira da Rede de Atenção à Saúde.

A SMS possui convênios pelo SUS com hospitais, clínicas e serviços de apoio e diagnóstico, como especificado abaixo:

- a) Hospital da Santa Casa (privado com filantropia): com alta complexidade em Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Bariátrica, Terapia Renal Substitutiva e Oncologia. Referência para Urgência e Emergência de Trauma, Gestante de Alto Risco, Medicina Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal. Com residência médica nas áreas de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Medicina de Família e Comunidade;
- b) Hospital privado com convênio com o SUS: referência para Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Serviço de Hemodinâmica, ambulatório de doenças cardiovasculares, internação em psiquiatria. Rede de Urgência e Emergência (RUE) pelo Rede Resposta para atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo;
- c) Clínica para internação de dependentes químicos;
- d) Contratos para realização de exames de apoio diagnóstico com 09 laboratórios, 02 serviços de radiodiagnóstico, 01 serviço de Medicina nuclear, 03 serviços de imagens (tomografia, ressonância magnética e radiografias odontológicas), 04 serviços de fisioterapia. Também conta com os serviços do HEMOCENTRO e do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Alto do Rio Pardo (Cismarpa).

---

Alguns serviços de saúde são próprios do Município e destacamos:

**1) Na Atenção Básica:**

- 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 27 na área urbana e 6 na área rural, com 33 equipes de Saúde da Família cadastradas, 10 equipes de Saúde Bucal e 03 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- 03 UBS sem Estratégia de Saúde da Família;
- 01 Equipe de Consultório na Rua;
- 01 Programa Materno-Infantil;
- Saúde bucal: 01 Consultório Volante de Odontologia, 22 Consultórios Odontológicos distribuídos nas diversas regiões e serviços do município (sendo 11 consultórios em UBS).

**2) Na Atenção Especializada:**

- 03 Núcleos: Núcleo de Especialidades Centro na Policlínica Central; Núcleo de Especialidades Sul; Núcleo de Especialidades Leste, com atendimento na área do Adulto, Saúde da Mulher e da Criança;
- 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO);
- 02 Serviços de Saúde Mental: um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) II e um CAPS AD (Álcool e Drogas);
- Rede de Urgência e Emergência: uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) III; Pronto Atendimento na Zona Sul e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Municipal (SAMU);
- 01 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com o Programa Melhor em Casa;
- 01 Laboratório Municipal de Análises Clínicas na Policlínica Central;
- Assistência Farmacêutica: Farmácia Central (Policlínica Central) e três Farmácias Regionais (Zona Sul, Zona Leste, Zona Oeste) e dispensários de medicamentos nas UBS;
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest);
- 01 Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais);

- Serviço de Vigilância Sanitária;
- Vigilância epidemiológica;
- Vigilância ambiental;
- 01 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ);
- 4 serviços de fisioterapia.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio de seu Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), o referido município e região dispõe de 11 hospitais com 373 leitos disponíveis para o SUS e 317 leitos particulares totalizando 690 leitos.

### **1.3 A importância do Curso de Medicina para o município**

Este Curso de Medicina, conforme a PUC Minas (2019),

acompanha e reforça a trajetória de outros cursos da área de saúde do campus em relação ao seu papel de formação técnico-científica, além do caráter ético-humanístico ... Sempre considerando o ensino, a pesquisa e a extensão como alicerces do saber ... segue em sua missão insubstituível de promoção da dignidade humana e de sustento da cultura, com suas necessárias transformações e peculiaridades advindas deste binômio que define, como diferencial, no mundo acadêmico e científico, a sua identidade e consagra a participação da Igreja na construção de uma sociedade justa e solidária (PUC Minas, 2019, p. 34).

A IES pontua seu compromisso “em somar esforços para a consolidação do direito universal à saúde como direito dos cidadãos brasileiros”, e neste município, “a Universidade desenvolve diversos projetos de integração ensino-pesquisa-extensão e serviços no SUS por meio dos cursos de graduação” (PUC Minas, 2019, p. 34).

O PPC (PUC Minas, 2019) ressalta a dificuldade dos gestores do SUS em reorganizar a atenção à saúde na Atenção Básica e Atenção Secundária pela escassez de médicos com formação adequada para as atividades nas UBS, nos Pronto Atendimentos e em Ambulatórios de Especialidades.

A falta de médicos no país, em suas diferentes vertentes, foi tratada na lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), que consolida o Programa Mais

---

Médicos. A lei promove o aumento do número de vagas em cursos de graduação em Medicina e, ao mesmo tempo, redefine as regras para abertura de novos cursos de Medicina no país, requer alterações nas DCN da graduação em Medicina e estabelece novas regras para a formação de médicos especialistas por meio da Residência Médica (PUC Minas, 2019).

Com as DCN 2014 da Resolução CNE/CES nº. 3, de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), são contemplados, para a formação do profissional médico generalista, os internatos obrigatórios em Medicina Geral de Família e Comunidade, em Atendimento de Urgência e Emergência e em Saúde Mental. E a inserção dos acadêmicos em Medicina na Atenção Primária à Saúde (APS) ocorre desde o primeiro período do curso.

O Projeto Pedagógico enfatiza que,

O curso de medicina neste município contribuirá para a “formação de médicos em número suficiente e perfil profissional adequado a atender as necessidades de saúde do país”. O posicionamento da Universidade quanto à importância da formação do médico com conteúdo de humanidades, “negligenciados ao longo de décadas de aprofundamento de um viés tecnicista na formação desses profissionais” ...indica convergência entre seus princípios humanísticos, vinculados à sua missão confessional-cristã, e os princípios de solidariedade que orientam o SUS (PUC Minas, 2019, p. 36).

#### **1.4 Integração Município/Universidade (Integração Ensino-Serviço)**

A IES, neste município, entende que o SUS

constitui o espaço para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, utilizando técnicas didático-pedagógicas problematizadoras que permitam a compreensão pelos alunos do processo saúde-doença de forma integral e territorialidade, em suas manifestações individuais e coletivas (PUC Minas, 2019, p. 38).

Assim, tanto as instalações acadêmicas do *campus*, como as diversas unidades assistenciais do SUS citadas anteriormente serão campo de ensino-aprendizagem. E quanto à inserção dos acadêmicos nos Serviços de Saúde do SUS, a PUC Minas (2019) pontua que:

---

O Curso de Medicina promove a exposição dos alunos à realidade do processo saúde-doença e da prestação de serviços de saúde voltados aos indivíduos e as comunidades, já a partir do primeiro período. Tal contato com a realidade tem por objetivo uma adequada contextualização do ensino médico, bem como o desenvolvimento de capacidade crítica em relação a essa realidade. A ansiedade inicial dos alunos pelo contato com os pacientes poderá se transformar em motivação para a aquisição de novos conhecimentos, atitudes e habilidades (PUC Minas, 2019, p. 38).

O envolvimento prolongado do aluno com a comunidade, evoluindo longitudinalmente e em profundidade, é um objetivo efetivado com o aumento gradual, ao longo do curso, do tempo que o aluno permanece nos serviços, possibilitando o vínculo com os usuários e o desenvolvimento da responsabilidade social e sanitária do futuro profissional médico (PUC Minas, 2019, p. 39).

## **1.5 Objetivos do Curso de Medicina**

### *1.5.1 Objetivo geral do Curso de Medicina*

Conforme o PPC (PUC Minas, 2019),

Formar médicos que atendam os preceitos da Resolução CNE/CES nº. 3, de 20 de junho de 2014, que define as DCN para o Curso de Graduação em Medicina e que em seu artigo 3º estabelece que: O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (PUC Minas, 2019, p. 59).

### *1.5.2 Objetivos específicos do Curso de Medicina*

A Resolução CNE/CES nº. 3, de 20 de junho de 2014, em seus artigos 4º, 8º, 9º, 16 e 19, define os objetivos específicos do Curso de Graduação em Medicina. O curso proposto, atendendo tal Resolução, está organizado de forma a propiciar conhecimentos nas áreas de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde (PUC Minas, 2019, p. 59).

No quadro abaixo encontram-se as áreas de competência da prática médica previstas no Curso (Atenção à Saúde, Gestão em Saúde, Educação em Saúde) (Quadro 2).

**Quadro 2** – Áreas de competência da Prática Médica

Capítulo II – Das Áreas de Competência da Prática Médica (art. 8º-22)	Seção I – Da Área de Competência Atenção à Saúde (art. 12-15)	Subseção I – Da atenção as Necessidades Individuais de Saúde (art. 12-13) Subseção II – Da Atenção as Necessidades de Saúde Coletiva (art. 14-15)
	Seção II – Da Área de Competência Gestão em Saúde (art. 16-18)	Subseção I – Da Organização do Trabalho em Saúde (art. 17-18)
	Seção III – Da Área de Competência de Educação em Saúde (art. 19-22)	Subseção I – Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva (art. 20) Subseção II – Da Ação-Chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento (art. 21) Subseção III – Da Ação-Chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos (art. 22)

Fonte: PUC Minas (2019) e BRASIL (2014).

O número de vagas (50 vagas anuais, em turno integral) considerou, entre outros, conforme o PPC,

...a disponibilidade de serviços assistenciais, incluindo hospitais, ambulatorios e centros de especialidades médicas, com capacidade de absorção de um número de alunos equivalente à matrícula total prevista para o curso; a previsão de 5 ou mais leitos na(s) unidade(s) hospitalar(es) própria(s) ou conveniada(s) para cada vaga oferecida no vestibular do curso, resultando em um egresso treinado em urgência e emergência; atendimento primário e secundário capaz de diagnosticar e tratar as principais doenças e apto a referir casos que necessitem de cuidados especializados (PUC Minas, 2019, p. 63-64).

No percurso formativo do aluno, o PPC (PUC Minas, 2019, p. 80) propõe 3 Ciclos de ensino-aprendizagem com 2 anos por ciclo (Quadro 3):

**Quadro 3 – Ciclos de Ensino-aprendizagem**

<b>Ciclo</b>	<b>Período</b>	<b>Ênfase</b>
Promoção da Saúde no curso da vida	1º. ao 4º.	Fundamentação para as competências nos ciclos da vida: 1º. per.: Gestação e nascimento 2º. per.: Infância e adolescência 3º. per.: Adultos 4º. per.: Idosos
Raciocínio clínico e epidemiológico	5º. ao 8º.	Desenvolvimento de competências e habilidades: Atenção à saúde Gestão em saúde Educação em saúde
Internatos	9º. ao 12.	Práticas de integralidade em saúde: Atenção primária à saúde Saúde da criança e do adolescente Saúde coletiva Saúde da mulher Saúde do adulto Saúde mental Urgências e emergências médicas

Fonte: Comissão elaboradora do Projeto Pedagógico do Curso

Esta pesquisa buscou analisar o currículo na fase de implantação nos dois primeiros anos do curso que abarca, portanto, os quatro primeiros períodos. Tal escolha residiu no tempo de duração do Mestrado Profissional.

Assim, identificam-se, neste período, conforme o PPC, as ações a serem desenvolvidas como facilitadoras na obtenção dos objetivos anteriormente expostos,

Nos quatro primeiros períodos, o foco das atividades dos alunos são as ações de prevenção e promoção de saúde, tanto as de cunho individual quanto as de cunho coletivo, realizadas a partir da perspectiva da Atenção Primária à Saúde. Neste primeiro ciclo, cada período privilegia, sem exclusividade, uma fase do curso da vida, começando com gestação e nascimento e, em sequência, infância e adolescência, adultos e idosos. Neste ciclo o aluno passa um turno por semana nas UBS nas disciplinas Práticas na Comunidade I, II, III e IV. Além de conhecer e aplicar os programas voltados à promoção de saúde nos diferentes estágios do ciclo de vida, o aluno participa das diferentes atividades desenvolvidas nas UBS. Inicialmente, o aluno observa os atendimentos realizados pelo professor na unidade, acompanha visitas domiciliares, assiste reuniões de grupos operativos e acompanha as demais atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais nas UBS (PUC Minas, 2019, p. 80-81).

O acadêmico de medicina tem a oportunidade de vivenciar a diversidade dos cuidados, em diversidade de cenários e de usuários do SUS, o trabalho em equipe multiprofissional e em rede, a “vinculação e longitudinalidade no relacionamento com indivíduos e comunidade” (PUC Minas, 2019, p. 97).

Sendo a saúde e o controle social da política pública de saúde um direito do cidadão brasileiro, o Estado foi encarregado, por meio do SUS, de viabilizar tais direitos. Portanto, a vinculação do Curso ao



SUS também contribuirá para a formação cidadã dos alunos, incorporando os valores e princípios da democracia em construção no Brasil e assumindo a dimensão da responsabilidade social do médico (PUC Minas, 2019, p. 98).

O Ementário das disciplinas do primeiro ao quarto período deste curso de medicina é apresentado no Anexo D.

## **1.6 Objetivos**

### *1.6.1 Objetivo geral*

- Analisar o currículo do curso de medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, em implantação, à luz das DCN, de 2014.

### *1.6.2 Objetivos específicos*

- Analisar as contribuições do currículo para a formação dos discentes à luz dos artigos 3º, 5º, 26 e 29 das DCN, de 2014;
- Identificar as potencialidades e desafios, junto ao corpo docente e discente no desenvolvimento da organização curricular, frente aos artigos 3º, 5º, 26 e 29 das DCN, de 2014;
- Proposta de desenvolvimento docente, como produto da dissertação a ser construído com o corpo docente, a partir dos dados obtidos na pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção de um currículo médico envolve muitos desafios na contemporaneidade e, sem dúvida, conhecer os modelos curriculares vigentes podem ampliar nosso escopo de conhecimento dos desafios inerentes a este campo.

A literatura nos mostra várias estratégias curriculares como currículos integrados (tipologia avançada), currículos tradicionais (flexnerianos: hospitalocêntrico e fragmentado), currículos tradicionais em fase de adequação às DCN (tipologia inovadora) e inserção em projetos extracurriculares.

O quadro 4 nos mostra a evolução histórica dos principais modelos pedagógicos nos séculos XX que evidenciam as conseqüentes mudanças curriculares.

**Quadro 4** – Comparação dos aspectos constituintes dos Modelos Educacionais Brasileiros desenvolvidos no Século XX

CONSERVADOR/LIBERAL	PROGRESSISTA
Projetos históricos determinantes para a manutenção de uma postura política	Projetos históricos como elemento esclarecedor de mudança de uma postura política
Fragmentação metodológica	Unidade metodológica
Trabalho pedagógico desintegrado	Trabalho pedagógico integrado/Interdisciplinaridade
Ênfase no cognitivo/verbal	Conteúdo multilateral - todas as dimensões humanas
Alienação/individualismo	Auto-organização/trabalho coletivo
Sistema excludente	Sistema includente

Fonte: Ferreira (2004).

A história nos mostra claramente a intersecção da sociedade em seus vários componentes sociais, econômicos e culturais com as instituições de ensino, aqui especificamente, no âmbito do ensino superior. Fica evidente que o processo de ensino/aprendizagem foi, ao longo do tempo, incorporando as questões centrais da sociedade vigente à época. Ao transpormos tais mudanças para os modelos de atenção à saúde em nosso país, pode-se observar a amplitude do modelo adotado em 1991 pelo Brasil (modelo de Vigilância à Saúde) junto à OMS. Como pode-se

observar, saímos no século XX de um modelo hegemônico médico, pautado na doença com a perspectiva de correção cirúrgica apoiada numa rede hospitalar, para um modelo sanitarista na década de 80. Neste modelo, passa a compor o sujeito não mais o médico sozinho, mas o que, à época, se denominou “auxiliares de saúde” compostos por enfermeiros e outros profissionais de saúde (FERREIRA, 2004).

O objeto deste modelo de atenção à saúde parte da compreensão do modo de transmissão das doenças e os dos fatores de risco. A tecnologia passa a ser sanitária, apoiada em campanhas e programas (Quadro 5).

**Quadro 5 – Modelos de Atenção à Saúde**

<b>Modelo</b>	<b>Sujeito</b>	<b>Objeto</b>	<b>Meio de Trabalho</b>	<b>Forma de Organização</b>
Médico-assistencial hegemônico	Médico Paramédico	Doença clínica Processos cirúrgicos	Tecnologia	Rede hospitalar
Sanitarista	Sanitarista Auxiliar de Saúde	Modo de transmissão Fator de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas e programas
Vigilância da saúde Promoção da saúde	Equipe de saúde Cidadãos	Modo de vida Condições de vida e de trabalho	Tecnologia Social	Políticas públicas Ações setoriais Intervenções específicas Promoção Prevenção, Recuperação

Fonte: Ferreira (2004).

É importante ressaltar que ainda nos apoiamos nesse modelo sanitarista por meio dos vários programas existentes atualmente.

O último modelo foi adotado pelo Brasil em 1990, baseado na vigilância à saúde. Desta forma, o sujeito é ampliado sendo composto, então, por “uma equipe de saúde” e pelos cidadãos, o que confere à proposta uma dimensão de extrema mudança, na medida em que a autonomia do usuário na condução de sua saúde é muito fortalecida.

O objeto do modelo passa a ser a condição de vida, de trabalho que, em si, podem se configurar em estimuladores ou não de várias patologias. A tecnologia obviamente se dá por meio de políticas públicas, ações intersetoriais, específicas nos três níveis de atenção.

Nosso sistema de saúde, o SUS, tem várias características do modelo sanitário e de promoção à saúde, contudo, aspectos crônicos como orçamento e gestão inibem o fortalecimento dele.

Para além da discussão curricular, temos, no Brasil, o SUS que, além de um sistema nacional de saúde, também se caracteriza por ser detentor de um extenso potencial pedagógico, com cenários de prática da atenção primária à atenção terciária, propiciando a construção e consolidação do aprendizado a partir da oferta de ensino-pesquisa-assistência, por meio da integração Rede SUS-IES.

Várias escolas médicas vêm apostando na inserção do aluno em unidades de Estratégia da Saúde da Família, já no início do processo formativo. Esta escolha se dá na observação de que a maior parte dos componentes da equipe e a própria comunidade contribuem para sua formação e que segue contínua na rede SUS na atenção secundária, nos ambulatórios de especialidades, nas Unidades de Pronto-Atendimento e na atenção terciária nos hospitais (ADLER; GALLIAN, 2014).

O aprendizado proporcionado pelo trabalho em equipe multiprofissional e em casos mais pontuais interprofissionais, da atenção primária à terciária, segundo Adler e Gallian (2014, p. 390) “desenvolve o poder participativo e o respeito ao paciente, ampliando o conceito de cuidado”.

O SUS se constitui, portanto, em um rico e necessário campo de saberes e responsabilidades, contudo, percebe-se ainda, infelizmente, a resistência da maioria dos docentes das IES para com esse modelo e também quanto às mudanças propostas no currículo pelas DCN (ADLER; GALLIAN, 2014).

Fatores como recursos financeiros e inadequação da formação de recursos humanos para otimizar e qualificar a assistência, principalmente na Atenção Primária, fragilizam o elo na integração ensino-serviço na rede SUS.

Ao iniciarmos a discussão sobre currículo, cumpre atentar para questões que se intensificaram ainda mais nas últimas décadas, justificando o esforço do Ministério da Saúde no sentido de reorganizar a atenção à saúde - na lógica da integralidade do cuidado, o qual tem sido dificultado pela precária disponibilidade de profissionais com formação generalista, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos às pessoas (BRASIL, 2006).

Dentre os inúmeros fatores que contribuem para este fenômeno, pode-se observar a falta de sintonia entre a formação em saúde e as necessidades de saúde brasileiras, que nos levam a dois aspectos de grande relevância:

- a) Uma formação de profissionais cada vez mais especializados e despreparados para a atenção primária;
- b) Um ensino marcado por inúmeras disciplinas, “quebrando” uma visão mais ampliada do processo saúde/doença.

Diante desse cenário, surgem experiências transformadoras, desenvolvidas em algumas instituições de Ensino Superior brasileiras, apostando numa formação do profissional de saúde capaz de prestar cuidado integral a indivíduos e coletividades, considerando, portanto, as competências necessárias para tal como a capacidade de escuta, de acolhimento, construção de vínculos e responsabilização (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Evidentemente há que se considerar as necessidades dos usuários, o que nos leva ao terreno da interdisciplinaridade, pois aspectos sociais, econômicos, entre outros marcam o perfil de saúde de uma pessoa ou coletividade.

Assim, a compreensão do ser humano e do processo saúde-doença passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar. Essa abordagem implica a ultrapassagem das fronteiras entre as disciplinas - espaços de confinamento por excelência - e a articulação dos processos de ensino-aprendizagem ao trabalho e à pesquisa.

Com efeito, várias são as estratégias adotadas pelos cursos de graduação na área da saúde que optaram por transformar seus currículos, cabendo mencionar entre elas a ruptura com as “grades” disciplinares, a opção por estruturas modulares integradas, e de forma ainda mais “tímida”, experiências transversais de construção de conhecimento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007; REZENDE *et al.*, 2006; DELLAROZA; VANUCCHI, 2005; LIMA; KOMATSU; PADILHA, 2003; FEUERWERKER, 2003).

## 2.1 Currículo disciplinar

A lógica deste tipo de currículo se sustenta no pressuposto de que o sujeito, ao longo de sua vida e sua história, encontra-se submetido a espaços “definidos” institucionalizados, sobretudo por meio da educação formal, a qual se constitui como normalizadora e homogeneizadora do saber por excelência.

Assim, a disciplina faz sustentar um tipo específico de conduta esperado pela sociedade por intermédio da organização de sua rotina e do estabelecimento de relações hierárquicas (SIQUEIRA-BATISTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

A formação superior dos profissionais de saúde tem sua inspiração no modelo industrial, que, segundo Mosé (2013), é como uma linha de montagem de uma fábrica onde as diversas disciplinas, sem conexão umas com as outras, são partes de um mundo que está distante do estudante.

Na atenção à saúde isso corresponderia, por exemplo, ao entendimento de como uma doença se dá, onde não são explorados em toda a sua dimensão aspectos sociais, de gênero, econômicos, dentre outros.

Com esta configuração a educação é essencialmente passiva, fundada no acúmulo de dados, e os espaços de formação que, além de isolados do mundo e da vida, nomeiam de “grade” o currículo e de “disciplina” os conteúdos.

A maior parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde se organiza, ainda hoje, em uma estrutura disciplinar, na qual os ciclos básicos e profissionais são completamente separados. As disciplinas são fragmentadas e estanques e, geralmente, incapazes de aproveitar as referências correlatas entre elas. Nestes termos, as disciplinas são pensadas nos planos dos saberes e dos conteúdos (VEIGA NETO, 2005).

O valor que a academia dá a cada grupo de disciplinas, lamentavelmente, reforça uma compreensão equivocada por parte dos alunos. Em geral, as disciplinas que lidam com os aspectos biológicos e com as intervenções mediadas por procedimentos tecnológicos são mais valorizadas. Em contrapartida, os espaços que propõem reflexões e ações no campo da ética, das humanidades, do meio ambiente, das relações interpessoais e das interações sociais são frequentemente vistas como “não muito importantes”.

A consequência final deste modelo curricular direciona os alunos às especializações e uma dedicação maior aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, levando-os a considerarem como menos importante os fatores psíquicos, afetivos, históricos, culturais e ecológicos do processo de adoecimento e, pior, o processo inverso, o da promoção à saúde, cada vez mais distante e, por isso, muito necessário (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2009; SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, PINHEIRO, 2006).

## **2.2 Currículo modular interdisciplinar**

Pode-se definir a interdisciplinaridade como uma configuração de modos de trabalhar com encontros, diálogos e conexões entre os saberes (POMBO, 2005).

Assim, a discussão de interdisciplinaridade no campo de formação em saúde exige um referencial mais próximo à ideia de atitude, como apresenta Fazenda (2003) que nos fala acerca da atitude de buscar alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de reciprocidade que estimula à troca, ao diálogo com pares idênticos, com pares distintos ou consigo mesmo; atitude de compreensão da limitação do próprio saber; desejo de ampliação do conhecimento; atitude de desafio diante do novo; atitude de responsabilidade, envolvimento e comprometimento com os projetos e as pessoas.

Os currículos integrados se propõem atender às DCN, convidando os alunos para exercício de autonomia no processo de aprendizagem, desafiando os docentes para a transição da posição equivocada de transmissores do conhecimento para entrarem no processo como facilitadores/mediadores deles. Para além disso, buscam a superação conjunta da dicotomia entre teoria e prática, questionando o modelo de valorização do conteúdo (STELLA *et al.*, 2009).

O médico em formação, ao lhe ser aberta a porta da possibilidade de refletir, criticar formativamente, participar das discussões e decisões da equipe de saúde, desenvolver a competência de trabalhar em equipe, estará aberto para o encantamento da formação generalista, pronto para responder às necessidades de saúde da população, tornando-se o profissional que este País de fato precisa.

Para esta formação os cenários de prática no SUS são essenciais, e projetos do Ministério da Saúde como o Promed, PET Saúde e Pró-Saúde, procuraram viabilizar e fortalecer a integração ensino-serviço (STELLA *et al.*, 2009).

As escolas médicas, no processo de auto-avaliação do Projeto da Comissão de Avaliação da Associação Brasileira de Educação Médica (STELLA *et al.*, 2009), quanto aos Cenários da Prática, apontaram as dificuldades no campo da inovação curricular em cenários de prática em todos os níveis de atenção.

Pontua-se como fragilidade a resistência de docentes e de disciplinas nesta integração, excetuando disciplinas como Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Medicina Social.

As justificativas pontuadas como exitosas pelas escolas foram a estruturação coletiva do Projeto Político Pedagógico (PPP), as diferentes parcerias com o município, os diferentes cenários de prática com a inserção dos discentes desde o primeiro período (STELLA *et al.*, 2009).

Desta forma, pode-se inferir que o Eixo Desenvolvimento Docente precisa ser priorizado pelas IES, para adequar o docente ao novo perfil proposto como facilitador no processo ensino-aprendizagem, previsto em um currículo modular integrado.

### **2.3 A formação médica e as Diretrizes Curriculares Nacionais**

As IES, cada uma com sua cultura institucional, definem seus caminhos para, gradativamente, responder às DCN de 2014, que trouxeram suas recomendações como uma demanda legal, a partir da promulgação da Lei do Mais Médicos.

O quadro 6 nos revela, de forma comparativa, as diferenças de perfil formativo entre as DCN de 2001 e 2014.



**Quadro 6** – Perfil do egresso descrito no art. 30 das DCN de 2001 e 2014

DCN-2001	DCN-2014
O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com <b>formação generalista</b> , humanística, crítica reflexiva, capacitado a atuar, pautado em <b>princípios éticos</b> , no processo de saúde-doença em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, <b>na perspectiva da integralidade, da assistência com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.</b>	O graduado em Medicina terá <b>formação geral</b> , humanista, crítica, reflexiva e <b>ética</b> , com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de <b>promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.</b>

O Ministério da Educação junto com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e Oliveira, C. *et al.* (2019) descreveram dez dimensões como instrumentos de avaliação da convergência ou divergência dos PPP, em relação às DCN:

- a) Coerência do currículo com o perfil desejado do egresso;
- b) Adequação da metodologia de ensino à concepção do curso;
- c) Inter-relação das disciplinas na concepção e execução do currículo;
- d) Coerência do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem com a concepção do curso;
- e) Existência de módulos ou temas integradores;
- f) Existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso;
- g) Constituição e dimensão de áreas de treinamento obrigatório;
- h) Existência de rede de comunicação científica;
- i) Serviços de unidades de saúde dos três níveis;
- j) Serviços de laboratório de ensino.

---

Por último, apontam que “toda mudança curricular requer tempo para ser internalizada e efetivamente incorporada por todos os colaboradores, docentes e discentes” (OLIVEIRA, C. *et al.*, 2019).

O Ministério da Educação e o da Saúde (BRASIL, 2006) complementam afirmando que,

[...] as Diretrizes Curriculares Nacionais representam uma política pública estratégica para que tenhamos efetiva mudança na qualidade e contemporaneidade da formação médica, bem como para uma real integração com o Sistema Único de Saúde. Portanto, deverá estar presente, de forma obrigatória, como uma condição indispensável, nos processos avaliativos de autorização e reconhecimento periódico do curso médico (BRASIL, 2006, p. 113).

Oliveira, F. *et al.* (2019), avaliando mais precisamente o Programa Mais Médicos (PMM), que tem como ênfase o desenvolvimento de competências profissionais na Atenção Básica com as iniciativas de integração ensino-serviço, desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de analisar as representações sociais de discentes (percepção) sobre o trabalho na Atenção Básica, no contexto das DCN 2014.

Entendendo representações sociais como “elementos simbólicos que as pessoas expressam mediante o uso das palavras e gestos” (p. 5), Oliveira, F. *et al.* (2019), solicitaram aos discentes de escolas novas e de escolas tradicionais, que citassem três palavras relacionadas ao “trabalho em atenção primária”. Observaram que, nas escolas com currículos integrados, onde se propunha a inserção precoce do acadêmico na atenção primária, os discentes evocaram termos como “vínculo”, “responsabilidade” e “comunidade”; enquanto os discentes de escolas com currículos disciplinares ou “tradicionais” sem esta inserção precoce, foram prevalentes os termos “desvalorizado” e “precariedade” no olhar para o trabalho na atenção primária no SUS.

Oliveira, F. *et al.* (2019), ao analisarem o PPC dos cursos, observaram a inexistência de reformas curriculares recentes nos cursos identificados como “tradicionais”. Situação inversa foi encontrada nos cursos “novos” onde perceberam um PPP estruturado de acordo com as DCN 2014, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem e com inserção dos discentes semanal e longitudinalmente na Atenção Básica. Tiveram também a percepção que os discentes das escolas

---

“tradicionais”, na vivência com os docentes que “pouco conheceram o SUS e não tiveram a experiência de acesso aos serviços públicos”, talvez possam ter sido influenciados em suas representações sociais quanto ao modelo de formação médica com marcas mais intervencionistas nos planos secundário e terciário. Eles ainda chamam a atenção que a inserção precoce dos discentes de medicina, a partir do primeiro semestre do curso na Atenção Básica, tem um grande potencial para formar uma nova concepção dos mesmos sobre a importância do trabalho na promoção à saúde.

Rezende *et al.* (2019) desenvolveram um estudo qualitativo com um grupo focal de discentes e um grupo focal de docentes, em uma faculdade de medicina que criou um novo PPP, buscando mudanças para se adaptar às DCN 2014, com o maior foco de formação na APS.

Os discentes pontuaram, entre outros:

- a) A depreciação do ensino nas unidades de Atenção Primária por alguns docentes;
- b) A falta de longitudinalidade no ensino na APS;
- c) O não reconhecimento da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica;
- d) A ausência do método clínico centrado na pessoa.

Já os docentes apontaram para:

- a) Falta de apoio da gestão municipal (integração insuficiente);
- b) Escassez de campos de estágio;
- c) Falta de professores com formação específica na APS;
- d) Desconhecimento da importância da formação generalista entre eles.

Os autores identificaram vários problemas como a carência de insumos, inadequações na estrutura física nas Unidades Básicas de Saúde, falta de recursos humanos capacitados nos estágios na APS, docentes com resistência à execução do PPC como também posturas depreciativas ao ensino na APS, insatisfatória articulação das IES com a gestão municipal, falta de estímulo a Educação Interprofissional (EIP), ou seja, encontraram fragilidades e pouca adesão do corpo docente no desenvolvimento do novo currículo.

---

Conforme descrito por Rezende *et al.* (2019).

As mudanças no ensino médico são difíceis de acontecer. Algumas explicações para isso são a desvalorização das atividades de ensino e supremacia da pesquisa, a falta de profissionalização docente, desvalorização da docência na medicina e o individualismo e resistência docente a transformações (REZENDE *et al.*, 2019, p. 96).

Pereira, Stadler e Uchimura (2018) estudaram a influência da formação do estudante de medicina quanto ao seu olhar sobre o SUS, em uma IES privada. Com a participação de trinta estudantes, distribuídos em quatro grupos focais, trabalharam com questões norteadoras, como o olhar sobre o SUS, relação do paciente/usuário e futuro profissional.

Os autores identificaram, entre outros, a predominância do paradigma flexneriano, afastando o estudante da visão prática, o acadêmico ainda como “expectador de sua formação”, mesmo com o PPC da referida IES discorrendo sobre o artigo 29 das DCN 2014, onde o uso de metodologias ativas com participação ativa do aluno na construção do conhecimento deve ser priorizada; a frágil integração ensino-serviço-comunidade; a escassez de financiamento; a resistência dos docentes às mudanças necessárias para consolidar um novo modelo de formação em saúde; a presença do currículo oculto que resulta “num processo educacional estruturado sobre inconsistências, contradições e duplas mensagens” (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018, p. 64).

Em suas considerações, os autores pontuam que os acadêmicos de medicina já chegam no curso com um olhar negativo do SUS (influenciados principalmente pela mídia). Este olhar torna-se positivo quando são inseridos nas atividades na Estratégia de Saúde da Família, porém, quando retornam à aprendizagem no hospital, com docentes geralmente formados no antigo paradigma sem inserção ou experiência no SUS, estes estudantes mudam sua percepção e apontam a falta de interesse de trabalhar no Sistema Único de Saúde.

Identifica-se aqui a falta de sintonia absoluta entre o PPP institucional e o PPC do curso, o que fortalece a influência do currículo oculto, discutido anteriormente. Assim, embora as DCN 2014 apresentem a proposta de formar profissionais para o SUS, Pereira Stadler e Uchimura (2018, p. 64) consideram que “ainda existe uma

---

longa distância a ser percorrida e diversas resistências contrárias a vencer para que os propósitos da nova concepção em saúde atinjam estudantes e profissionais”.

Meireles *et al.* (2019), no estudo sobre as expectativas dos discentes do primeiro ano de um curso de medicina (vinte e cinco alunos do primeiro período e trinta e um alunos do segundo período), quanto à sua formação frente às novas DCN de 2014, identificaram que 56% dos discentes do primeiro período desconheciam as DCN de 2001 e de 2014, e 54,8% dos discentes do segundo período desconheciam apenas as DCN 2014, refletindo a não procura por informações previamente ao ingresso na faculdade.

Pode-se inferir que a apresentação de ambas DCN não ocorreu de forma adequada por parte da IES, que deveria estimular os seus discentes a compreenderem o contexto da formação médica em nosso país.

Os mesmos autores (MEIRELES *et al.*, 2019) nos dizem que este desconhecimento das DCN também implica no achado de:

[...] mais de 60% dos alunos declararam a pretensão de se tornar médicos especialistas/subespecialistas, em oposição a apenas 5,3%, que expressaram o desejo de se formar generalistas, um dos focos das DCN de 2014 (MEIRELES *et al.*, 2019, p. 76).

Santos Junior *et al.* (2019) relataram a experiência e as reflexões de docentes e discentes das disciplinas “O Médico, o Indivíduo e a Comunidade I” (MIC I), e “O Médico e Seu Trabalho I” (MST I), do curso de medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. As disciplinas nestes módulos contavam com professores da área da saúde e docentes das áreas de ciências humanas e sociais, com integração das atividades teóricas na academia e atividades práticas nos cenários da atenção básica desde o primeiro período acadêmico.

A maioria dos discentes valorizou, de forma mais enfática, o trabalho com a diversidade e o pluralismo de idéias, a discussão ampliada no olhar para os grupos minoritários (com sua invisibilidade e marginalização), e a importância de diálogo entre os conhecimentos técnicos com os saberes tradicionais, promovendo interações socioculturais.

Os autores analisaram que o contexto contribuiu para o relacionamento interpessoal (acadêmico/usuário, acadêmico/profissionais da saúde), qualificando as habilidades de comunicação, de acolhimento e humanização “como inovações capazes de mudar o paradigma que orienta o ensino médico” (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2019, p. 77).

Concluíram que tais atividades de integração ensino-serviço na atenção básica, compreendidos como espaços privilegiados, proporcionaram experiências enriquecedoras para a formação acadêmica e cidadã.

## **2.4 O Currículo e as DCN**

Bursztyn (2015) analisa as diferenças entre as DCN de 2001 e a de 2014, identificando mudanças na definição do perfil do egresso e a maior ênfase na Saúde Coletiva interrogando as contribuições deste caminho curricular.

Considera que a atenção primária contém o cenário adequado para o desenvolvimento de competências de saúde coletiva, e diz que tal cenário “é essencial para a sensibilização do graduando para os aspectos dos determinantes sociais no processo de adoecimento” (BURSZTYN, 2015, p. 16).

Moreira e Dias (2015) trazem em seu artigo o desafio de fazer a passagem do que está prescrito nas DCN para os cenários de ensino e aprendizagem. Muitas iniciativas e dispositivos foram criados para ajudar a vencer este desafio. Entre eles se destacam as iniciativas da Rede Unida, Projeto Integração Docente Assistencial (IDA), Uma Nova Iniciativa (UNI) na formação de profissionais de saúde, Programa de Saúde da Família, Política Nacional de Educação Permanente, Versus, Promed, PRÓ-Saúde, Provab, Gradua-SUS, incentivo às residências.

Considerando que cumprir estas diretrizes curriculares implica em mudança radical na graduação, os autores concluem que:

Não por acaso, mais de uma década depois da promulgação das DCN algumas IES ainda trabalham com currículos distantes daqueles previstos nas DCN. Ou seja, os desafios para operar com os efeitos curriculares dessas diretrizes parecem contínuos (MOREIRA; DIAS, 2015, p. 304).

Ferreira *et al.* (2019), apresentam as oportunidades para ressignificar a formação dos profissionais médicos, a partir da necessidade de reformular o curso de medicina de uma faculdade do nordeste do Brasil, frente às novas DCN de 2014.

Apontam, após a primeira reforma educacional, com o Relatório Flexner e a segunda reforma, com as inovações pedagógicas do *Problem Based Learning* (PBL), Metodologias Ativas e trabalho em pequenos grupos; a terceira geração de reforma educacional (*social accountability*).

Esta terceira geração apresenta a característica do engajamento das instituições de ensino para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, direcionando, assim, as atividades de ensino, pesquisa e serviço para análise crítico-reflexiva da reformulação do PPC.

Candido e Batista (2019) estudaram o Internato Médico, após as DCN de 2014, sob a ótica dos coordenadores de curso e de internato de nove cursos de medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Os cenários do SUS das áreas de Urgência e Emergência, Atenção Básica e Saúde Mental (com o mínimo de 30% da carga horária total do internato em U/E e Atenção Básica), se apresentam como espaços privilegiados para o treinamento em serviço na graduação.

A pesquisa trouxe, entre outros, resultados que evidenciaram que as referidas escolas médicas estavam em movimento para se adequarem às DCN de 2014. Entre eles destacamos:

- a) Poucos coordenadores concordaram totalmente com a assertiva de que a lei proporcionou avanço significativo para o funcionamento dos cursos de medicina; a importância do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (Coapes) como uma opção para garantir campos de prática de qualidade;
- b) As atividades da Atenção Básica devem ocorrer no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade;
- c) A precariedade dos serviços de U/E do SUS (sendo necessário parcerias com outros serviços);

- d) A abordagem teórica do internato com uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (e o internato médico representa o que há de mais concreto quanto ao uso de metodologias ativas na graduação médica, pelo contato direto com a realidade, nos diversos cenários e contextos, nos âmbitos individual e coletivo).

Batista *et al.* (2015, p. 201), identificando o currículo como itinerário de formação do médico, afirmam que, o “currículo gera transformações no estudante que vão refletir na sua identidade, nas escolhas profissionais e no perfil que será delineado como egresso de um curso médico”. Nesta obra, os autores discorrem sobre o currículo formal, o informal, o currículo paralelo e o oculto.

Nestes diversos currículos são recorrentes a fragmentação do ensino, o distanciamento na formação de um profissional generalista, a desvalorização da formação ética, humanista e voltada para o cuidado, o aluno ainda na posição de sujeito, recebendo passivamente a informação.

Continuando nos achados, ainda verificaram o professor como o centro do processo, como a única fonte do saber. Percebe-se a inovação curricular como um desafio sem elementos para a sua sustentabilidade.

Pensar e fazer a formação médica, na lógica do SUS, representa assumir, entre outras diretrizes, a diversificação de cenários de aprendizagem, privilegiando uma formação inspirada nas redes de atenção à saúde. Conhecer e problematizar os projetos inovadores na formação em Medicina no âmbito das instituições de ensino brasileiras, mapeando fundamentos teóricos, opções metodológicas e modalidades de avaliação, emergem como ações fundamentais para uma reflexão crítica sobre as propostas curriculares, suas potências e limites (BATISTA *et al.*, 2015, p. 207).

## **2.5 A formação pedagógica do docente em Medicina**

A qualificação do docente da escola médica foi tema do IX Fórum Nacional de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina (2019), trazendo que,

Diante de uma proliferação sem tamanho dessas instituições de ensino superior e do número de vagas de ingressantes, que ocorreu em nosso país na última década, é premente a preocupação com a



formação de professores que possam minimamente atender a necessidade de ensino de uma quantidade cada vez maior de acadêmicos de medicina (CFM, 2019, p. 7).

Dentro dos temas discutidos em “Competências para a docência” abordou-se as três ondas da educação, as quais tiveram início no século XX:

- a) A educação médica baseada na ciência;
- b) A implementação das metodologias ativas e ABP, após os anos 1960;
- c) A educação transformadora (no século XXI) com o “formar médicos que transformam, médicos antenados com os serviços e sistemas de saúde” (CFM, 2019, p. 8).

Olhou-se para o grande dilema dos Programas de Desenvolvimento Docente (PDD) em harmonizar “o volume cada vez maior de novos conhecimentos e tecnologias com a necessidade de formar profissionais capazes de atender as populações” (CFM, 2019, p. 9).

Quanto ao “Mérito acadêmico”, se expôs o ideal da associação entre ensino e pesquisa, porém, pontuou-se outra realidade com a exigência crescente de produtividade (científica e citações) e a dificuldade de admissão de novos docentes. Propôs-se recompensar o trabalho do pesquisador quanto ao seu papel docente e formador, harmonizando ensino e pesquisa.

Discutiu-se que os problemas da medicina se relacionam com muitos setores interdependentes, com muitos assuntos que precisam ser discutidos com os docentes. Justifica-se esta necessidade de discussão,

Percebe-se que são problemas sérios da sociedade atual, e muitos deles são inter-relacionados. A pobreza no Brasil, por exemplo, se aprofunda de forma preocupante, com notícias como 32 milhões de jovens de 0 a 18 anos viverem em situação de pobreza, número que representa 61% dessa população – isso com certeza impactará o Brasil no futuro. Doenças que já deveriam ter sido vencidas estão voltando; o envelhecimento da população e a manutenção da migração do campo para a cidade são temas que deveriam ser pauta de qualquer universidade (CFM, 2019, p. 14).

---

O Fórum trouxe questionamentos quanto à universidade, de maneira geral, a assumir uma postura radical contra mudanças, tornando a formação de jovens um desafio imenso.

Desta forma, os autores questionaram se é possível mudar (CFM, 2019):

Em uma universidade conservadora?  
Em estruturas acadêmicas inadequadas?  
Com uma parte dos professores resistente a mudanças?  
Com estruturas curriculares rígidas?  
Sem espaço para experiências inovadoras?  
Com marcos regulatórios incompatíveis?  
Sem espaço para explorar a criatividade dos estudantes? (CFM, 2019, p. 16).

O docente também se vê diante do desafio de acompanhar e se adequar às rápidas transformações e avanços do conhecimento:

Uma variedade de estudos afirma que o conhecimento duplicava em cerca de 150 anos, até o século passado. No século atual, o conhecimento duplica a cada cem dias, e isso leva a mudanças drásticas, transformando-se em um enorme desafio para os docentes, o que implicará em tópicos de formação nos programas de desenvolvimento docente (CFM, 2019, p. 16).

Assim, ao se formar hoje, o profissional já tem ultrapassado metade dos conhecimentos apreendidos na graduação.

Os expositores do referido Fórum, seguindo pelos desafios ao docente, apresentaram a necessidade de aptidão na promoção da educação socioemocional, entendendo-a como um processo.

Nesse processo, tanto crianças como adultos aprendem a colocar em prática as melhores atitudes e habilidades para **controlar emoções, alcançar objetivos, demonstrar empatia, manter relações sociais positivas e tomar decisões de maneira responsável** (CFM, 2019, p. 17).

Caminhando para a metodologia de ensino, neste Fórum de Qualificação dos Professores de Escolas Médicas (CFM, 2019), pontuou-se a formação nos séculos anteriores e no século XX com foco no responder e ter boas notas, sendo que hoje o que se requer do aluno é a capacidade de questionar, buscar e saber procurar o

---

conhecimento. A partir desta necessidade, o docente precisa desenvolver a capacidade de problematizar em diferentes contextos.

Discutir a vivência do aluno diante de situações-problema significa oferecer a ele a oportunidade de refletir sobre o que ele poderia fazer e, sobretudo, porque tomaria aquela ação. Problematizar não significa dizer “você fez errado, devia ter feito assim”; significa instaurar desde o começo da formação a relevância de refletir acerca dos motivos para tal ação e das causas de determinado desfecho. Problematizar permite desenvolver uma das ferramentas mais importante do século XXI: a capacidade de perguntar, e não de responder (CFM, 2019, p. 33).

Pereira *et al.* (2016) investigou o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) por professores da área da saúde da UNIFESP, por meio de um estudo observacional descritivo do tipo transversal, com 191 professores respondentes ao questionário. Foi observado associação negativa entre a quantidade de uso de TIC e a idade do professor, e uma associação direta com a titulação e a realização de curso de docência. Observou-se também que a maior parte dos professores não utiliza ou não explora as TIC como recurso educativo. E promoveram a discussão:

Diante dos nossos resultados, uma postura perante os desafios da realidade exige desse profissional um compromisso com os conceitos de uma educação emancipadora, que possibilite a formação de pessoas autônomas, reflexivas e capazes de transformar a realidade em que estão inseridas. Em relação às práticas pedagógicas, os cursos de formação para professores são importantes na construção de conhecimento, levando-os a uma autorreflexão acerca de suas ações sobre o uso das tecnologias em sala de aula como alternativa complementar no ensino e aprendizagem de seus alunos (PEREIRA *et al.*, 2016, p. 65).

Nunca houve tanta necessidade de investimento na formação docente, com alfabetização digital, como neste ano de 2020, face à pandemia pela COVID19. Portanto, o artigo continua muito atual quando estes autores concluem que,

... a universidade precisa se adaptar à evolução tecnológica atual, que exige alteração em políticas, currículos e práticas educativas. Nenhuma reforma educacional, pois, terá valor se a formação dos docentes não for priorizada (PEREIRA *et al.*, 2016, p. 65).

Conceição e Moraes (2018) exploraram a percepção de discentes e docentes sobre a aprendizagem cooperativa, em uma faculdade de medicina que há 20 anos utiliza metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, trabalhando com pequenos grupos. Na referida IES, os autores defendem que:

Metodologias ativas de ensino e aprendizagem têm sido adotadas a fim de privilegiar a participação ativa do estudante, levando-o a ser protagonista na construção do seu conhecimento, propiciando maior cooperação entre os discentes e maximizando a interação entre ensino, assistência e pesquisa (CONCEIÇÃO; MORAES, 2018, p. 116).

Evidentemente, os saberes pedagógicos são fundamentais para qualquer área de conhecimento no nível superior. Esta falta de arcabouço pedagógico e didático reduz sobremaneira a capacidade de construção de conhecimento médico em bases mais sólidas. O professor, no papel de facilitador de aprendizagem, promove um ambiente seguro e adequado ao aprendizado cooperativo e desenvolvimento do grupo, também potencializado nos momentos de auto-avaliação e avaliação grupal. A aprendizagem colaborativa, no âmbito das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, desenvolve percepções de aprendizagem mútua entre professores e alunos, em que o docente também vivencia mudanças, e pode rever suas concepções, aprimorar seu currículo e, sobretudo, refletir sobre sua capacidade pedagógica no ensino que escolheu.

Portanto, o investimento em qualificação pedagógica, uso de metodologias ativas, problematizadoras contribuem para a ampliação do conhecimento construído, porque este nasce de uma postura autônoma dos alunos, consciente e sustentável.

Como pode-se observar, as metodologias ativas de ensino/aprendizagem são o pano de fundo de currículos potencialmente inovadores, críticos e reflexivos.

Passaremos à discussão da Metodologia da Problematização (MP), da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e da Espiral Construtivista, que contemplam e favorecem currículos integrados e problematizadores.

---

## 2.6 Metodologia da Problematização

A formação de profissionais para atuar na área da saúde demanda a superação do modelo tradicional de educação centrado no paradigma cartesiano/flexneriano, fixado na fragmentação e especialização do conhecimento. As chamadas metodologias ativas de ensino e aprendizagem se constituem como estratégia para ultrapassar objetivos que se restringem ao domínio técnico-científico e se baseiam no princípio teórico da autonomia, e no pressuposto de um estudante capaz de autogerenciar seu processo de formação.

A MP e outras formas de utilizar problemas como estratégia de ensino-aprendizagem na educação superior são apontadas como alternativa para introduzir modelos inovadores, pois quando o estudante interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como ator do processo de construção do conhecimento, ocorre a aprendizagem significativa.

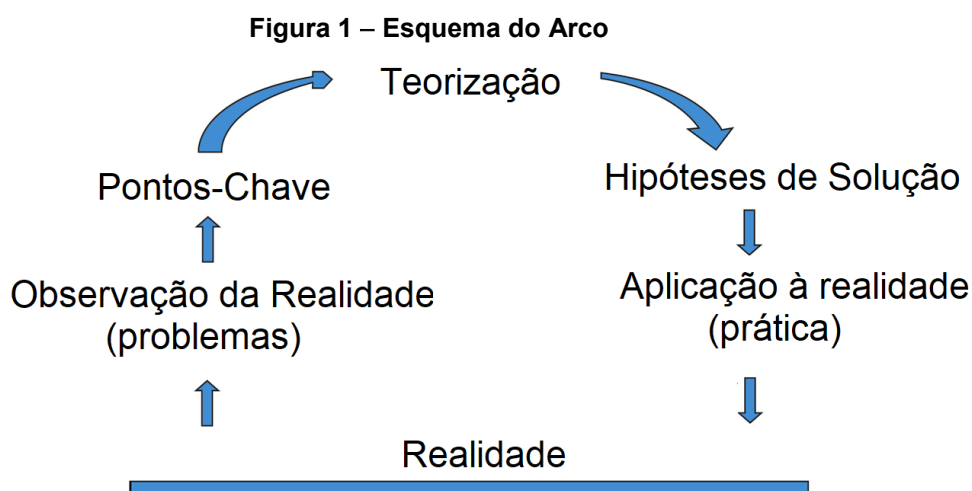
O esquema de progressão pedagógica, que estrutura a aplicação do método, apresenta o formato de um arco, e percorre etapas que envolvem observação, identificação de problemas, reflexão, teorização, hipótese de solução e propostas, e o alvo é sempre a realidade e as possibilidades de transformá-la, através da solução do problema colocado.

É fundamental ressaltar que “Problematização”, “Metodologia da Problematização” e “Aprendizagem Baseada em Resolução de Problemas” (ABRP), tradução mais usual para PBL, não são sinônimos em termos de metodologia de ensino.

A ABP e a MP são métodos específicos, com estrutura e procedimentos próprios, e as adaptações que eventualmente são feitas ao utilizar problemas em sala de aula não correspondem, necessariamente, a um ou a outro método.

A MP foi proposta, inicialmente, por Bordenave e Pereira, em 1978 e seu ponto de partida é o pensamento freireano, uma vez que leva em conta a realidade do sujeito (estudante), sua experiência e conhecimentos prévios. A MP utiliza-se de um esquema elaborado por Charles Maguerez, denominado “Método do Arco” (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

O esquema de progressão pedagógica, que estrutura a aplicação do método, apresenta o formato de um arco, e sofreu algumas adaptações em forma e conteúdo em relação ao original, proposto por Maguerez (Figura 1).



Fonte: Maguerez, adaptado por Bordenave e Pereira (2004, p. 49-50)

A primeira etapa da Metodologia da Problematização é a Observação da Realidade Social a partir de uma temática de estudo. Neste momento, os alunos deverão ser orientados pelo professor para que olhem com atenção e registrem, de forma sistematizada, o que perceberem sobre a realidade do tema em questão.

Esta etapa permitirá aos alunos identificar diversas dificuldades que serão problematizadas. Então, um ou vários problemas são distribuídos para o estudo em grupo e a discussão entre os vários grupos e o professor cooperará na redação do problema que se trata da síntese dessa etapa e, conseqüentemente, referência das demais etapas de estudo.

A segunda etapa é a dos Pontos-Chave. Neste momento, os alunos refletirão a respeito das possíveis causas da existência do problema em estudo. É necessário que eles percebam que os problemas de ordem social são complexos e, geralmente, multideterminados. Seguidamente, os estudantes devem se questionar em relação aos principais determinantes do problema, que abrangem as próprias causas já identificadas.

Após essa fase, os alunos ainda deverão observar a existência das variáveis menos diretas que interferem na existência do problema em estudo. Tal estudo deve

ser crítico e reflexivo, tendo em vista que os estudantes estão, a todo momento, em busca da solução do problema.

A partir dessa análise, os alunos devem elaborar a síntese dos pontos essenciais que deverão ser estudados, no intuito de compreender o problema de maneira profunda e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo.

A terceira etapa é a da Teorização, momento da investigação propriamente dita, onde os alunos buscam informações sobre o problema, dentro de cada ponto-chave já definido.

A quarta etapa é a das Hipóteses de Solução. Neste momento, por meio de todo o estudo realizado, os estudantes devem elaborar, de maneira crítica e criativa, suas possíveis soluções. Na metodologia em questão, segundo Berbel (1998), as hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis. A quinta etapa é a da Aplicação, ou seja, a execução da ação, e ultrapassa o exercício intelectual, na medida em que, segundo Berbel (1998),

Decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas. Nesse momento, o componente social e político está mais presente. A prática que corresponde a esta etapa implica num compromisso dos alunos com o seu meio. Do meio observaram os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau (BERBEL, 1998, p. 8-9).

## **2.7 Aprendizagem Baseada em Problemas**

A ABP é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é o aprendizado centrado no aluno.

É baseado no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Embora não constitua a única prática pedagógica, predomina para o aprendizado de conteúdos cognitivos e integração de disciplinas. Esta metodologia é formativa à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento.

No método observa-se que, a partir de definições importantes relacionadas às finalidades do currículo do curso, prepara-se um elenco de situações que o aluno deverá saber/dominar.

Este elenco é analisado situação por situação para que se determine quais conhecimentos o aluno deverá possuir para cada uma delas. O elenco constitui os temas de estudo. Cada tema será transformado em um problema para ser discutido em um grupo tutorial, quando se tratar de um tema que diga respeito à esfera cognitiva.

A construção do problema, conforme orientações seguidas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Maastricht-Holanda, deve:

- a) Consistir em uma descrição neutra do fenômeno para o qual se deseja uma explicação no grupo tutorial;
- b) Ser formulado em termos concretos;
- c) Ser conciso;
- d) Ser isento de distrações;
- e) Dirigir o aprendizado a um número limitado de itens;
- f) Dirigir apenas a itens que possam ter alguma explicação baseada no conhecimento prévio dos alunos;
- g) Exigir não mais que em torno de 16 horas de estudo independente dos alunos para que seja completamente entendido de um ponto de vista científico (complementação e aperfeiçoamento do conhecimento prévio).

Ao lado dos problemas, são organizadas situações para treinamento de habilidades psicomotoras, assim como estágios de várias complexidades, principalmente nos dois últimos anos que se constituem o internato. Berbel (1998) nos diz,

A esfera cognitiva do Currículo PBL deve garantir que o aluno estude situações suficientes para se capacitar a procurar o conhecimento por si mesmo quando se deparar com uma situação problema ou um caso clínico (BERBEL, 1998, p. 45).

A ABP tem o grupo tutorial como apoio para os estudos. O grupo tutorial é composto de um tutor e 8 a 10 alunos. Dentre os alunos, um será o coordenador e



outro será o secretário, rodiziando de sessão a sessão, para que todos exerçam essas funções.

No grupo, os alunos são apresentados a um problema pré-elaborado pela comissão de elaboração de problemas. A discussão de um problema se desenrola em duas fases.

Na primeira fase o problema é apresentado e os alunos formulam objetivos de aprendizado a partir da discussão dele. Na segunda fase, após estudo individual realizado fora do grupo tutorial, os alunos rediscutem o problema à luz dos novos conhecimentos adquiridos.

No método são seguidos sete passos pelo grupo tutorial:

- a) Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;
- b) Identificação dos problemas propostos pelo enunciado;
- c) Formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados no passo anterior (os alunos se utilizam nesta fase dos conhecimentos de que dispõem sobre o assunto);
- d) Resumo das hipóteses;
- e) Formulação dos objetivos de aprendizado (trata-se da identificação do que o aluno deverá estudar para aprofundar os conhecimentos incompletos formulados nas hipóteses explicativas);
- f) Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizado;
- g) Retorno ao grupo tutorial para rediscussão do problema, frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior.

Uma carga horária é prevista para o estudo de cada problema. O grupo deve se organizar para cumprir os sete passos acima descritos dentro desse tempo, em geral umas quatro manhãs ou tardes, para poder passar para o problema seguinte. São várias as formas de avaliação possíveis dentro do currículo baseado em problemas. São previstas avaliações por módulos, avaliação progressiva dos conhecimentos dos alunos, avaliação das habilidades esperadas em cada série e avaliações informais, em que se observam as atitudes dos alunos.

Com relação à avaliação realizada ao final de cada módulo temático, tem por finalidade principal avaliar a qualidade do módulo. Um módulo temático deve levar os alunos a atingirem determinados objetivos de conhecimento.

O núcleo central do módulo temático são os problemas desenvolvidos para a abordagem dos temas. Um bom problema deve ensejar uma boa discussão no grupo tutorial de modo que, ao fim desta discussão, os alunos elejam objetivos de aprendizado adequados ao conhecimento do tema.

Como se percebe pelo já descrito, temos aqui duas propostas metodológicas bem diferentes. A primeira, como uma metodologia que pode ser utilizada para o ensino de determinados temas de uma disciplina, nem sempre apropriada para todos os conteúdos; a segunda, como uma metodologia que passa a direcionar toda uma organização curricular. Dentro desta perspectiva, as duas propostas assumem dimensões distintas, porque a primeira é uma opção do professor e a segunda é uma opção de todo um corpo docente, administrativo e acadêmico, já que as consequências afetam a todos, durante todo o curso.

Como decorrência da opção feita pela ABP, definem-se porções de conteúdos, que serão tratados agora de modo integrado, definem-se modos de agir para ensinar, aprender, para administrar, apoiar e para organizar materiais.

Há necessidade de providências quanto à biblioteca, que deve ser suficientemente equipada e espaçosa, horários e organização de laboratórios (para as atividades opcionais), distribuição de temas *versus* tempo, entre outros.

Enfim, definem-se novos papéis para serem desempenhados por todos os envolvidos. Todas essas características são bastante distintas dos moldes tradicionais de ensinar e aprender e da organização curricular a que a maioria quase absoluta das escolas está acostumada.

A opção pela MP não requer grandes alterações materiais ou físicas na escola. As mudanças são mais na programação da Disciplina, requerendo alterações na postura do professor e dos alunos para o tratamento reflexivo e crítico dos temas e na flexibilidade de local de estudo e aprendizagem, já que a realidade social é o ponto de partida e de chegada dos estudos pelo grupo de alunos.

Os problemas constituem um dos pontos comuns das duas propostas, mas como já demonstrados antes e pelo acima descrito, fica clara a abordagem distinta dos problemas pelos integrantes do processo de ensino-aprendizagem (BERBEL, 1998).

Na Metodologia da Problematização, os problemas são identificados pelos alunos, pela observação da realidade, na qual as questões de estudo estão acontecendo.

Observada de diferentes ângulos, a realidade se manifesta para alunos e professores com suas características e contradições, nos fatos e daí são extraídos os problemas. A realidade é problematizada pelos alunos; não há restrições quanto aos aspectos incluídos na formulação dos problemas, já que são extraídos da realidade social, dinâmica e complexa.

Na ABP, os problemas são cuidadosamente elaborados por uma Comissão especialmente designada para esse fim. Deve haver tantos problemas quantos sejam os temas essenciais que os alunos devem estudar para cumprir o Currículo, sem os quais não poderão ser considerados aptos para exercer a profissão.

A ABP tem uma sequência de problemas a serem estudados. Ao término de um, inicia-se o estudo do outro. O conhecimento adquirido em cada tema é avaliado ao final de cada módulo, com base nos objetivos e nos conhecimentos científicos.

Na MP, após o estudo de um problema poderão surgir outros, como desdobramentos do primeiro, só percebidos pelos alunos com o estudo aprofundado deste.

Os conhecimentos científicos também são importantes e são buscados na etapa da teorização. No entanto, ao mesmo tempo, são buscadas as percepções ou representações de pessoas que vivem o problema ou convivem com situações em que está presente, além de informações de outras fontes. Os diferentes tipos de saberes são conjugados pelos alunos enquanto constroem seus conhecimentos, que envolvem relações entre o técnico científico e o social, político e ético.

Pela própria responsabilidade em garantir os conhecimentos mínimos exigidos pelo Currículo, na ABP os objetivos cognitivos são todos previamente estabelecidos,

e os construídos pelos estudantes deverão coincidir com os dos especialistas do Currículo.

Em caso contrário, os problemas devem ser substituídos para que se encontrem outros mais efetivos para provocar tais aprendizagens.

## **2.8 Espiral construtivista**

Considerando semelhanças e diferenças entre ABP e MP, a proposta metodológica Espiral Construtivista surgiu a partir dos referenciais do sócio-interacionismo, da dialogia, do pensamento complexo e do método científico (LIMA, 2017).

Com grupos de 5 a 10 alunos, em ambiente protegido, desenvolvendo o trabalho ao redor de uma mesa (onde todos se vejam), com prévia pactuação de convivência, situações relevantes da prática profissional (apresentadas como situações-problema ou narrativas) são disparadores para a construção de problemas e demais movimentos da espiral (Figura 2).

Os movimentos da espiral abrangem:

- a) Identificando problemas;
- b) Formulando explicações (hipóteses conforme o conhecimento prévio);
- c) Elaborando questões de aprendizagem (que representam a fronteira de aprendizagem do grupo);
- d) Buscando novas informações (acessando bases de dados, analisando criticamente fontes e informações);
- e) Construindo novos significados (a partir do confronto entre os saberes prévios e as novas informações);
- f) Avaliando processo e produtos (com sugestões para melhoria de processos e produtos).

Figura 2 – Representação esquemática da Espiral Construtivista



Fonte: Traduzido e adaptado de Lima (2017).

Em síntese, vários são os caminhos a serem percorridos na formação médica; há que se escolher o melhor, o mais legítimo na tradução dos valores, das premissas defendidas pela IES provedora desta formação.

Usando das palavras de Morin (2000),

O conhecimento é uma aventura incerta que comporta em si mesma, permanentemente, o risco da ilusão e do erro. Entretanto, é nas certezas doutrinárias, dogmáticas e intolerantes que se encontram as piores ilusões; ao contrário, a consciência do caráter incerto do ato cognitivo constitui a oportunidade de chegar ao conhecimento pertinente, o que pede exames, verificações e convergências de indícios [...]. Uma vez mais repetimos: o conhecimento é a navegação em um oceano de incertezas, entre arquipélagos de certezas (MORIN, 2000, p. 86).

### 3 METODOLOGIA

Compreendendo metodologia como estudo dos caminhos e do instrumental utilizado para fazer ciência, para abordar a realidade (DEMO, 1995; MINAYO, 1996), este projeto de pesquisa teve uma abordagem qualitativa, por meio de um estudo descritivo e exploratório na figura de um Estudo de Caso. Foram construídos roteiros de entrevistas semiestruturadas aplicadas ao corpo docente e questões norteadoras para o desenvolvimento de grupo focal junto aos discentes.

Foram considerados, para efeito de compreensão do caso, os seguintes documentos:

- a) Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014;
- b) Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas;
- c) Ementas e Planos de Disciplinas da IES pesquisada;
- d) Lei 8080 - criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 3.1 Instrumentos da pesquisa

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa:

- a) Estudo de caso (TRIVINÕS, 1987);
- b) Entrevistas semiestruturadas (MINAYO, 2016);
- c) Grupo focal (KITZINGER, 2000).

##### 3.1.1 *Estudo de caso*

Triviños (1987) nos fala sobre o estudo de caso, apontando que,

É uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa aprofundadamente. Suas características são dadas pela natureza e abrangência da unidade. Além disso, a complexidade do Estudo de Caso está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação ao investigador em seu trabalho. O importante é lembrar que no Estudo de Caso qualitativo, no qual nem as hipóteses nem os esquemas de inquirição estão aprioristicamente

---

estabelecidos, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda o assunto (TRIVIÑOS, 1987, p. 133-134).

### 3.1.2 *Entrevista semiestruturada*

A entrevista é utilizada quando se busca uma descrição detalhada de um meio social específico. Ao adentrar no campo de estudo são necessários alguns cuidados, pois obstáculos podem dificultar essa etapa da pesquisa. A aproximação gradual é imprescindível, sempre levando em consideração os objetivos estabelecidos (MINAYO, 2016, p. 22).

As entrevistas foram gravadas e realizadas com o Coordenador e com dez docentes da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, que lecionaram do 1º ao 4º período do curso de medicina.

Os entrevistados foram identificados pela letra C para o Coordenador e P para professores, acompanhada do número equivalente da sequência em que foram entrevistados (1, 2 e assim por diante).

Seis entrevistas (Coordenador e cinco professores) foram realizadas em ambientes privados (residência e consultório médico), gravadas sob consentimento pelo aplicativo *VOICE MEMOS*. Já as demais cinco entrevistas com os outros professores foram realizadas *on-line*, na plataforma ZOOM, pela pesquisadora, sendo gravadas sob o consentimento dos entrevistados.

O tempo de duração das entrevistas variou de vinte e cinco minutos a cinquenta e seis minutos. O roteiro das entrevistas é apresentado no Apêndice A.

### 3.1.3 *Grupo focal*

Para Kitzinger (2000), o grupo focal é uma forma de entrevista com grupos, baseada na comunicação e na interação.

Trad (2009) nos diz,

Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão

---

de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009, p. 780).

Foram realizados dois grupos focais, integrados por discentes da disciplina “Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico”, da Turma 1 e Turma 2 (ambas iniciadas no primeiro período de implantação desta faculdade de medicina, em fevereiro de 2018).

As questões norteadoras foram as mesmas construídas para as entrevistas junto aos docentes, procurando desvendar as percepções dos dois grupos quanto ao currículo do Curso de Medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas. As questões norteadoras estão apresentadas no Apêndice B.

Foi encaminhado pela pesquisadora aos representantes de cada turma (Turma 1 e Turma 2) um convite no formato de um vídeo explicativo sobre este Projeto de Pesquisa, que foi então encaminhado pelos mesmos aos discentes do curso. Como o convite propunha oito alunos voluntários para a entrevista em cada grupo, um total de 16 discentes se manifestaram. Os grupos focais (Grupo Focal 1 e Grupo Focal 2) ocorreram *on-line*, na plataforma ZOOM, sendo gravados com o consentimento dos participantes, e mediados por uma docente e por uma discente (observadora), ambas do curso de graduação em fisioterapia do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (FAE).

O tempo de duração do Grupo Focal 1 foi de uma hora e oito minutos, e do Grupo Focal 2 foi de uma hora e trinta e oito minutos.

O Grupo Focal 1 foi constituído por 7 discentes, todos cursando Medicina como primeira graduação. Foram considerados como identificação a idade e sexo, conforme o Quadro 8. O Grupo Focal 2 foi constituído por 8 discentes, com 2 cursando Medicina como segunda graduação. Foram considerados como identificação a idade, sexo e graduação (N/S) anterior, conforme o Quadro 9.

### **3.2 Análise dos dados**

Os dados foram tratados por meio da Análise de Conteúdo na Modalidade Temática. Optou-se pela análise de conteúdo por ser um método muito utilizado nas pesquisas qualitativas (MINAYO, 2014).



---

Cavalcante *et al.* (2014) nos falam que,

Assim, a construção de uma pergunta na pesquisa qualitativa é uma tarefa dotada de complexidade e método, pois requer uma imersão prévia no ente com o intuito de compreender o ser e sua essência. A análise de conteúdo, neste cenário, emerge como técnica que se propõe à apreensão de uma realidade visível, mas também uma realidade invisível, que pode se manifestar apenas nas “entrelinhas” do texto, com vários significados (CAVALCANTE *et al.*, 2014, p. 13).

Os documentos que compuseram a análise já foram citados anteriormente e não passaram pela análise de conteúdo, mas foram considerados como elementos norteadores.

### **3.3 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Anexo E), assim como a Carta de Anuência da Faculdade de Medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas (Apêndice C).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa com seres vivos, e foi assinado pelos sujeitos (coordenador, docentes e discentes), após sua aceitação em participar da pesquisa (BRASIL, 2012).

### **3.4 População de estudo**

A população de estudo, no âmbito da Faculdade de Medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, foi constituída por:

- a) Um Coordenador (que também é docente do curso);
- b) Dez docentes;
- c) Quinze discentes, sendo sete do Grupo Focal da Turma 1 e oito do Grupo Focal da Turma 2.

## 4 RESULTADOS

Os dados, como dito anteriormente, foram obtidos por meio das entrevistas e grupos focais e aos mesmos foram acrescentados dados de identificação como dados referentes à faixa etária, sexo (F/M), tempo de exercício da docência (anos) e titulação acadêmica (Mestrado, Doutorado), conforme nos mostra o Quadro 7.

**Quadro 7** – Perfil do corpo docente do curso de medicina do interior do Estado de MG, 2020

Entrevistado	Idade	Sexo	Tempo de docência	Titulação
P1	37	F	2	Mestrado
P2	35	M	3	Mestrado
P3	51	F	20	Doutorado
P4	60	F	15	Mestrado
P5	78	M	42	Mestrado
P6	55	M	31	Doutorado
P7	61	F	34	Doutorado
P8	44	F	19	Doutorado
P9	49	F	25	Doutorado
P10	46	F	20	Doutorado
C	51	M	10	Doutorado

Muitas falas dos entrevistados, não citadas na Discussão, são apresentadas no Apêndice E.

Nos dois primeiros anos do curso de medicina foram desenvolvidas as trinta e cinco disciplinas propostas no Projeto Pedagógico do Curso (PPC), com vinte e um professores. Destes, onze foram convidados (incluído o Coordenador do curso, que também é professor), para participação nas entrevistas. O critério para o convite considerou um misto de cinco professores médicos e seis professores de outras áreas, incluindo Ciências Biológicas e Filosofia.

Os Quadros 8 e 9 tratam da caracterização dos grupos discentes.

**Quadro 8** – Perfil do corpo discente do Grupo Focal 1 do curso de medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, 2020

Discente	Idade	Sexo
D1	22	M
D2	23	M
D3	26	M
D4	21	F
D5	20	F
D6	21	F
D7	20	M

**Quadro 9** – Perfil do corpo discente do Grupo Focal 2 do curso de medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, 2020

Discente	Idade	Sexo	Graduação anterior (N/S)
D1	20	F	N
D2	20	F	N
D3	23	F	N
D4	23	F	N
D5	31	M	S
D6	27	M	N
D7	32	M	S
D8	23	F	N

Igualmente, como para a entrevista com os docentes e coordenador do curso, apresenta-se no Apêndice F, muitas falas dos discentes do Grupo Focal 1, e no Apêndice G, falas do Grupo Focal 2, as mesmas não foram citadas na Discussão.

Os áudios das entrevistas e dos Grupos Focais foram transcritos inicialmente pelo *Transcribe* (conversor de áudio e vídeo para texto)<sup>1</sup>, e revisados pela pesquisadora.

Os resultados obtidos nas entrevistas e nos Grupos Focais foram validados pela análise de conteúdo na modalidade temática conforme nos propõe Minayo (2014). Desta forma, os dados foram categorizados em 4 categorias, a saber:

<sup>1</sup> Fonte: <https://transcribe.wreally.com/transcriptions>

- Categoria I – Currículo e Artigo 3º das DCN 2014;
- Categoria II – Currículo e Artigo 5º das DCN 2014;
- Categoria III – Currículo e Artigo 26 das DCN 2014;
- Categoria IV – Currículo e Artigo 29 das DCN 2014.

Os conteúdos das categorias foram identificados pelas cores verde, denotando assertividade, e vermelha, desafios a serem superados na proposta curricular.

## 5 DISCUSSÃO

A categoria I trata do art. 3º das DCN 2014 que nos diz,

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e **tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença**” (BRASIL, 2014, p. 1).

No Quadro 10, são apresentados os aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes quanto ao artigo 3º das DCN 2014.

**Quadro 10** – Aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes, quanto ao Artigo 3º das DCN 2014, Poços de Caldas, 2020

DOCENTES	DISCENTES
<p>Presença de disciplinas teóricas que apresentam o SUS aos alunos como Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, Medicina Preventiva e Social I e II;</p> <p>O foco da formação é a de um médico generalista;</p> <p>Desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva e ética do médico em formação;</p> <p>As disciplinas dos 1º e 2º anos fortalecem pressupostos do SUS como equidade, universalidade, integralidade e gratuidade;</p> <p>As disciplinas Práticas na Comunidade promovem a formação dos alunos no SUS evidenciando as dificuldades, os potenciais, enfim a realidade social da população atendida;</p> <p>A disciplina Práticas na Comunidade viabiliza a integração ensino/serviço na AP na rede SUS;</p> <p>Disciplina Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico (IRCE) como uma disciplina integradora com a disciplina Práticas na Comunidade;</p> <p>Estímulo da competência do acolhimento entre docentes / discentes / serviço / usuários;</p>	<p>⇒ O corpo discente reconhece que nos dois primeiros anos foi apresentado e problematizado o nascimento do SUS</p> <p>O corpo discente reconhece que nos dois primeiros anos foi defendida uma formação ética, crítica e reflexiva;</p>
<p>Pouca idade e desconhecimento das desigualdades sociais fragilizam os discentes.</p>	<p>⇒ Apontam como assertiva a inserção precoce na Atenção Primária (AP) onde os condicionantes sociais, econômicos e culturais revelam a construção ou não de um padrão sustentável de saúde;</p> <p>⇒ Estímulo da competência do acolhimento entre docentes / discentes / serviço / usuários;</p> <p>Dificuldade de compreensão no início do curso sobre a presença de disciplinas como filosofia, introdução à pesquisa.</p> <p>⇒ Pouca idade e desconhecimento das desigualdades sociais angustiam os discentes.</p>

O contexto de desenvolvimento do referido artigo das DCN deu-se de forma mais intensa no âmbito da disciplina “Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico” (IRCE), que em sua ementa propõe para o primeiro período, uma abordagem do processo saúde-doença-cuidado relacionado à gestação, ao nascimento e aos primeiros 28 dias de vida, integrando os conceitos apreendidos nas disciplinas do período e sua aplicação a problemas identificados a partir das Práticas na Comunidade.

Esta proposta está ancorada na idéia de introduzir os elementos dos raciocínios clínico e epidemiológico na estruturação de tais problemas. Já para o segundo período, a disciplina abarca a continuidade do ciclo vital olhando para a infância e adolescência. No terceiro, para a idade adulta e, por último, no quarto período, a perspectiva do envelhecimento. Cada período equivale a um semestre.

A referida disciplina foi ministrada por três docentes, sendo duas médicas e uma fisioterapeuta, e desenvolvida por meio dos pressupostos da Metodologia da Problematização, na medida em que as docentes em questão são especialistas em Preceptoria no SUS com ênfase no construtivismo.

Uma estratégia desenvolvida na disciplina foi a divisão da turma de cinquenta alunos em três grupos de 16/17 alunos, selecionados por sua diversidade, ou seja, alunos de UBS em bairros diferentes, presença de pessoas do sexo masculino e feminino, idades diferentes, o que à luz da proposta defendida, contribuiria para com o processo de problematização.

As atividades em grupo ocorriam quinzenalmente, com as professoras atuando como facilitadoras dos grupos, trabalhando a partir de processamento de Situações-Problemas ou de Narrativas dos alunos, todas a partir da observação da realidade, como previsto no Arco de Maguerez e na Espiral Construtivista. Foram desenvolvidas aulas expositivas dialogadas, e muitas delas com profissionais de outras áreas da saúde, atuantes nas diversas Unidades do SUS ou em Políticas e Programas de Saúde do município.

A disciplina IRCE procurou promover uma integração especialmente com a disciplina Práticas na Comunidade, que continuava no contexto da realidade por meio da ESF, também nos quatro períodos percorrendo os quatro ciclos da vida, identificando e descrevendo os principais problemas de saúde da comunidade.

---

Para tal, buscou-se o desenvolvimento de competências (cognitivas, habilidades e atitudes) para intervenção, juntamente com as equipes da ESF, com as equipes multiprofissionais e em redes assistenciais hierarquizadas, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Como pode-se observar, a percepção docente e discente foi convergente, quanto aos aspectos apontados acerca da formação proposta neste artigo e ambos os grupos apontam como espaço facilitador para esta compreensão a inserção precoce na Rede SUS por meio da Atenção Primária. Entretanto, embora perceba-se essa convergência nas falas dos docentes obtidas por meio das entrevistas e dos discentes no grupo focal, nota-se também um “estranhamento” quanto às disciplinas afetas a competências como crítica, reflexão e pesquisa, conforme as falas abaixo apresentadas,

...a doença não é uma parte, não é uma, uma coisa só física, que tem a parte biopsicossocial e tudo isso influencia, então eu acho que a formação da Medicina de Família e Comunidade né, a formação deles passando pela estratégia de Saúde da Família, ela dá uma formação generalista, por isso, porque eles vão ver tudo dentro do contexto que tá lá... (P1)

...não tem como a gente olhar o ser humano de uma forma integral, se a gente não olhar ele pela realidade dele... (P1)

...como eles conseguem ver que o meio influencia no processo de saúde-doença, meio social onde as pessoas estão inseridas... (P1)

E eu acho que eles saem desse tempo com um olhar muito mais reflexivo sobre a realidade, né, de que existem realidades múltiplas e que eles precisam atuar conforme determinantes sociais: étnicos, de gênero, de classe, eu acho que eles têm uma percepção muito grande sobre isso, talvez o primeiro semestre seja um semestre em que isso cria uma angústia muito grande no sentido de "ah não, isto não tá certo", ... (P2)

E tanto é que os próprios alunos agora que fazem essa reflexão, eles escrevem que "eu fui para a UBS, fiquei frustrada, porque, fiquei o dia todo lá, eu não vi nenhuma doença, depois eu fui entender que eu tava nessa fase do ciclo para entender o processo de doença, né? A prevenção da doença. Eu tô no outro formato, eu vou ver doença lá na frente", né? (C)

E, além disso este artigo também fala sobre a formação crítica, humanística, reflexiva e ética. E a gente, e ficava evidente pra gente essa participação, essa inclusão, esse desejo dos professores de, quando a gente formar, a “gente seja” profissionais com essas qualidades. (GFT1/D1)

Eu brinco com os meus colegas que, a gente mesmo que quiser ser técnico demais, ser um médico, vamos dizer assim, ser um médico

mais arcaico, muito biológico, a gente não consegue mais não. A gente já tem essa tatuagem da, da humanização, do pensamento abrangente do paciente. Então, eu acho que focado na resposta dos dois primeiros anos, isso foi exercitado constantemente em diversas disciplinas, em diversos formatos, então isto está totalmente contemplado no nosso curso. (GFT1/D3)

A gente teve muito dessa parte humanística, a gente teve que fazer várias reflexões, até com portfólio, não só na parte da IRCE, mas em várias outras matérias a gente teve muita reflexão sobre isso, principalmente também na ética, na, e a gente teve muito trabalho pra gente refletir no trabalho do médico, não somente na parte, tipo "ah, eu tenho que tratar e olhar para paciente com uma doença, não eu tenho que olhar de uma forma holística, e eu acho que a gente viu isso praticamente em todas as matérias, todos os professores reforçaram essa importância, e eu acredito que a gente teve muito dessa base nos dois primeiros anos, e até hoje a gente tem na verdade. (GFT2/D1)

... talvez, uma possível fragilidade, mas não acho que está acontecendo no nosso curso, mas pode acontecer em alguns momentos e é esse negócio assim das vezes a gente focar muito nessa parte humana e ética e deixar a parte prática teórica um pouco de lado, não é o que acontece no nosso caso também às vezes, mas pode ser que isso não tenha disso, de às vezes ficar só nisso de propagar o humano, o humano, o prático mesmo a gente pode deixar um pouco de lado. (GFT2/D2)

... às vezes focar muito nessa questão ética, humanística, eu acho ótimo, eu acho que a gente tem que fazer isso sim, mas também às vezes focar um pouco na teoria, focar um pouco no estudo em si, no livro, no caderno. (GFT2/D2)

Outro aspecto convergente entre o corpo docente e discente foi o conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde – SUS e sua importância na sustentabilidade da promoção à saúde da população brasileira, conforme pode-se observar,

... e os alunos têm que entender isso, e até para eles poderem propor soluções ao longo desses seis anos, porque a estratégia de saúde da família tem um monte de problema. É problema atrás de problema, e eles têm que entender que a gente tem que lidar com isso, não é? **Não é um mundo ideal dentro da academia.** Não, você tem problemas graves, tem questões de discussão política, discussão de recurso, várias questões de poder e você tem que lidar com isso. Isso por mais que seja uma fragilidade, isso é necessário, isso torna a formação mais real, a gente coloca isso de uma maneira real, **a gente tá formando o profissional para o SUS**, o sistema único de saúde, né? Que ele abarca o sistema privado, o sistema privado ele é complementar ao SUS, mas a gente tem que formar as pessoas pro SUS, que é pro grosso do que a gente vai atender, é cuidar das pessoas ... (P2)



... então tudo que eles haviam comentado em sala, eles estavam vivendo na prática da unidade básica de saúde e trazendo essa experiência, compartilhando esta experiência com os outros alunos, é, e eu, eu fui percebendo esse amadurecimento... (P3)

Eu acho que dá para a gente ver como isso foi bom comparando com as outras faculdades. Eu nunca vi uma faculdade que explorou tanto esse artigo, essa medicina como a PUC, tenho amigos que no primeiro ano já estavam, como o (colega) falou, no estágio de Ortopedia e aprenderam só ortopedia os seis anos e não fizeram mais nada. Não sabe nem o que que é remédio para hipertensão, e realmente isso acontece, **tenho amigo do 6º ano que não sabia como funcionava o PSF**. Eu acho que isso é um erro muito grave, então eu acho que o que potencializa é que **a gente teve acesso a isso**, que a gente teve todo esse artigo dentro da nossa formação, eu acho que é isso que eu posso dizer. (GFT1/D4)

Sobre esses aspectos desses artigos, eu acho que a gente viu sim muito bem, até pensando na disciplina de Medicina Preventiva, que a gente teve oportunidade de estudar o SUS, eu acho que **a gente conseguiu compreender muito bem o papel do SUS** em relação à promoção da Saúde, prevenção, à todos os níveis da atenção básica, **A Prática na Comunidade traz pra gente essa vivência já desde o início de como a gente tem que encarar o sistema brasileiro, ao mesmo tempo a população que a gente vai trabalhar futuramente, ...** (GFT2/D5)

Souza *et al.* (2019) nos falam que,

Em primeiro lugar, a luta pelo direito à saúde no Brasil exige enfrentar o desafio de se construir um projeto de desenvolvimento nacional. Para ser coerente com a ideia da saúde como direito humano, o desenvolvimento deve ser soberano, socialmente inclusivo e sustentável. Requer investimentos em políticas promotoras do pleno emprego e de combate às desigualdades de renda; em habitação, saneamento e transporte público; na inovação da estrutura produtiva e tecnológica; no manejo sustentável dos recursos naturais; no acesso universal a serviços de qualidade nas áreas de Educação, Segurança Social e Segurança Alimentar (SOUZA *et al.*, 2019, p. 2786-2787).

Assim, o conhecimento sobre nosso sistema de saúde, ofertado já no início da formação e expondo aos discentes seus desafios, evidentemente contribui para além dos aspectos do cuidado à saúde no estímulo necessário de compreensão dos inúmeros fatores constitutivos da promoção e sustentabilidade da mesma.

Esta aposta pedagógica do curso pesquisado tem em seu bojo a perspectiva de ampliação do “ofício médico” e sua importância num país continental.

---

Allguns aspectos na formação médica reiterados na literatura acolhe entre eles a entrada no curso de alunos muito jovens e as dificuldades de adaptação advindas deste quadro.

Pode-se inferir que as reformas curriculares e a busca de novas técnicas pedagógicas são fundamentais, contudo, não conseguem ser suficientes no auxílio frente a diversidade de embates afetivos com os quais irão lidar.

É, portanto, fundamental que os docentes retomem sua função de educadores e formadores, refletindo sobre suas próprias escolhas, suas práticas, suas frustrações e criando mecanismos precoces de detecção de problemas emocionais e dificuldades no desenvolvimento profissional.

Desse modo, além de rever as estruturas acadêmicas como número de alunos por sala e outros índices quantitativos, talvez se pudesse também rever, no contato cotidiano com os estudantes, os modelos de relação professor-aluno oferecidos, componentes essenciais na formação da identidade dos futuros médicos.

Isso traz o efeito colateral de alguns alunos, ainda não totalmente preparados para isso, ainda é, emocionalmente frágeis diante de alguns conflitos, de alguns dilemas, de alguns sofrimentos. Então essa é uma crítica que pode ser tecida do sentido que, **será que a inserção tão precoce ainda, com aluno um pouco imaturo, poderia causar alguns danos emocionais** ou não? (C)

A gente percebe em alguns alunos mais frágeis a dificuldade de caminhar quando ele tá, ele vê precocemente o sofrimento do ser humano, e no passo que no modelo normal, ele veria mais lá na frente, mas a gente percebe que isso é transitório, e ele vai criando elementos para essa solidificação, e como o curso ainda tá no início eu não tenho essa resposta. (C)

As pessoas vêm de perfis sociais diferentes, a gente tem uma universidade que ela tem um custo, que não é acessível para todas as pessoas, então o público que frequenta ela é um público diferente do público que, por exemplo, eles estão prestando assistência... e isso muitas vezes eu acho que é, que é chocante para eles, tem um impacto muito forte... (P2)

... é oportuno até ressaltar que uma das características do curso nosso aqui em Poços, são várias inovações, né, e uma delas é exatamente essa de colocar o aluno no contexto prático, já desde o primeiro período. É, isto facilita muito o trabalho, a abordagem que eu faço por exemplo porque ele já vem de uma, de uma experiência ali, num contato de um cenário social que provavelmente não fosse o cenário deles, quer dizer provavelmente são alunos que vem de um contexto familiar mais, é, com menos carência e talvez um contato de um ambiente hospitalar até através de convênios privados, então eu acho

que é muito rico eles terem esse contato, e por exemplo, estes conceitos especificamente, eles estão previstos na minha disciplina, então uma das unidades é exatamente trabalhar esses paradigmas novos de saúde né com relação ao processo saúde doença, determinantes sociais de saúde, são categoria, para mim fica muito mais rico, porque quando eu falo da categoria, eles vem de uma experiência, de uma percepção lá, de uma UPA, de um PSF, de, e trazem esta experiência... (P6)

Assim, pode-se inferir que os pressupostos contidos no artigo 3º das DCN 2014, à luz desta pesquisa, se configura como um grande “pano de fundo” para o processo formativo inicial deste futuro médico que, de forma colaborativa com seus pares, docentes, serviços e usuários do SUS, vai se constituindo dono de sua crítica reflexiva, de sua ação ética no “ser médico”.

Na categoria II, o artigo 5º das DCN 2014 trata sobre o “Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho Interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.”

**Quadro 11** – Aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes, quanto ao Artigo 5º das DCN 2014, Poços de Caldas, 2020

DOCENTES	DISCENTES
<p>Reconhecimento por parte do corpo docente quanto a assertividade na escolha de docentes enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, médicos veterinários, assistente social, educador físico, biólogos, nos anos iniciais do curso;</p>	<p>O corpo discente inicialmente não acreditava que os docentes de outras profissões da saúde estariam capacitados para o desenvolvimento de uma formação médica; Ao longo da formação reconheceram o potencial desses profissionais, quebrando o paradigma que somente médicos poderiam ser docentes num curso de medicina;</p>
<p>Reconhecimento por parte dos docentes e discentes sobre potência de programas / políticas de saúde para EIP como PET Saúde; O corpo docente manifesta preocupação com os discentes quando estes entrarem em contato com as especialidades e perderem a perspectiva interprofissional, não reconhecendo as contribuições de outros profissionais da saúde como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros; Estímulo da competência do acolhimento entre docentes / discentes / serviço / usuários.</p>	<p>Reconhecimento por parte dos discentes sobre potência de políticas / programas de saúde para EIP como PET Saúde; Falta de qualificação pedagógica e de incentivo financeiro aos profissionais não médicos, que exercem a preceptoria na ESF; Ausência de planta física adequada para o desenvolvimento das relações interprofissionais; Não há homogeneidade de aprendizagem pois algumas UBS não trabalhavam como equipe e de forma colaborativa.</p>

---

Tal artigo trata da centralidade da EIP na formação do médico na contemporaneidade. Neste sentido, o corpo docente e discente reconhece como qualificadora a escolha de docentes de outras profissões da saúde, como fisioterapia, farmácia, psicologia, médico veterinário, entre outras, bem como da área de humanas, no processo de ensino-aprendizagem dos acadêmicos de medicina.

NO PPC do curso de medicina, nos dois primeiros anos, as disciplinas ciências sociais aplicadas à saúde, introdução à pesquisa médica, tecnologias da informação e comunicação e robótica aplicadas à educação e às práticas médicas, filosofia: razão e modernidade, filosofia: antropologia e ética, embriologia humana, genética médica, imunologia e imunopatologia médica, anatomia médica II, fisiologia médica, microbiologia médica e doenças infecciosas foram desenvolvidas por profissionais que não são docentes médicos. Esses profissionais exercem a docência na Universidade há mais de 20 anos.

Na disciplina IRCE, duas professoras são médicas e uma professora é fisioterapeuta, e a inserção de outros profissionais convidados para aulas expositivas dialogadas ou para a apresentação de Programas e Políticas de Saúde do Município fortaleceram o ideal do aprendizado na interprofissionalidade.

Na disciplina “Práticas na Comunidade” todos os membros da Estratégia de Saúde da Família exercem a preceptoria nesta fase da formação: os discentes acompanham as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, dos Técnicos de Enfermagem, dos Enfermeiros, dos Farmacêuticos, dos Médicos, e eventualmente dos profissionais do Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF).

Atividades de extensão, como o PET Saúde, propiciam o contato dos discentes do curso de medicina com discentes dos outros cursos da Universidade.

Nesse sentido, Ferreira (2014) afirma que,

Nos últimos 20 anos o governo brasileiro vem, paulatinamente, implementando programas de qualificação da formação de recursos humanos em saúde.

Esses programas têm alicerçado seus pilares em duas grandes áreas: a Saúde e a Educação. A interlocução que as mesmas têm neste tipo de trabalho é evidente e sua complementaridade cada vez mais, é reconhecida felizmente. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Como uma das ações intersetoriais

---

direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, de acordo com seus princípios e necessidades, o Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e como premissa a integração ensino-serviço. Disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, e desenvolvido com focos em necessidades gerais e especiais do SUS. É uma parceria entre a SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do MS, a SESu, do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR) do Ministério da Justiça (FERREIRA, 2014, p. 183).

Os docentes entendem que, quanto à interprofissionalidade ou multiprofissionalidade, houve empenho no enfrentamento dos desafios que se apresentam neste tema relativamente novo, como verifica-se quando o Coordenador e outros docentes se expressam:

Nós fizemos questão que o curso tivesse a presença de outros profissionais não médicos nessa formação. Hoje eu vejo com muita clareza esse formato. Hoje nós estamos com 3 anos, onde há sim uma resistência por parte do aluno, que ele acha que quem tem que ensinar, por exemplo, para ele fisiologia é o médico, se por exemplo o fisioterapeuta ou enfermeiro não poderia ensinar, exemplo a fisiologia, exemplo anatomia. Então há uma resistência sim, mas a gente vê que essa resistência vai sendo vencida, quando esse professor é capacitado, é engajado, esforçado, ... (C)

Nós temos a disciplina dividida funcionando em grupos, e nós temos facilitadores não médicos, nós temos facilitadores de outras profissões. Então, isso eu acho que já foi mais forte, agora essa forma, esse formato de um grupo de alunos de medicina ter discussões ter atividades em grupo e o facilitador não é médico, mas aqueles alunos começam a ver a potência de atuação de conhecimento daquele profissional, então eu acho que isso já contribui de uma forma mais forte para essa, para o fortalecimento dessa visão do trabalho interprofissional ... (P4)

Embora eu entenda que, não só na medicina, mas nos outros profissionais de saúde, essa abordagem interprofissional ela ainda é frágil, a partir do momento que não temos disciplinas compartilhadas, e que efetivamente tenhamos alunos de diferentes cursos, e professores de diferentes áreas trabalhando no mesmo cenário, então eu acredito que a gente já avançou muito nesses últimos anos, mas a gente tem que avançar ainda mais. (P8)

... então, em específico na disciplina de Práticas na Comunidade, o aluno é inserido dentro de uma unidade, buscando entender todos os profissionais que estão inseridos ali, respeitando a função de cada um, entendendo a importância do trabalho de equipe, e o aluno nesses quatro períodos da Práticas na Comunidade, ele não fica apoiado no médico, na figura do médico, então ele, a ideia que ele entenda os

---

serviços, mas não só o serviço, o usuário e o serviço, e a importância de cada peça, ou de cada profissional. (P8)

O corpo discente inicialmente não acreditava que docentes de outras profissões da saúde estariam capacitados para o desenvolvimento de uma formação médica, contudo, ao longo da formação reconheceram o potencial destes profissionais, quebrando o paradigma que “somente médicos podem ser docentes em curso de medicina”.

Os discentes, também como o corpo docente, reconhecem a potência de políticas/programas como o PET Saúde como facilitador da integração com os acadêmicos de outros cursos da Instituição.

Bom, eu acho que essa questão do Cuidado centrado na pessoa, ela é muito presente nos 2 primeiros anos, em relação a interprofissionalidade, eu acho que a (IES), ela existe vários caminhos para garantir essa interprofissionalidade, tanto que, por exemplo, nos quatro primeiros anos que a gente acompanhou as Práticas na Comunidade, que a gente ia para a UBS no estágio, a gente rotacionava com diferentes profissionais da atenção primária à saúde, entendendo como que funciona a unidade, quais que eram os papéis de cada um dentro daquela unidade, e eu acho que reconhecer o papel de cada, de cada profissional no contexto de saúde é um passo primordial pra gente conseguir essa interprofissionalidade. (GFT1/D2)

A gente teve o PET-Saúde que integra, que o tema central dele é a interprofissionalidade. Então a gente integra junto com outros cursos, a gente faz algumas atividades na rede de saúde. Daí eu acho que o caminho, o curso em si, ele oferece várias portas pra se ter essa interprofissionalidade, desde o começo, inclusive, por exemplo, em algumas disciplinas, como é o caso também da disciplina de IRCE, que a gente tinha palestrantes diversificados, de diferentes áreas, para a gente não ficar restrito somente ao conhecimento e as responsabilidades do médico, e sim um contexto geral de saúde do paciente, que é necessário vários outros profissionais, e acima de tudo isso trabalho em equipe. (GFT1/D2)

Alguns aspectos foram pontuados pelos discentes como passíveis de melhoria; o primeiro deles foi a necessidade de qualificação pedagógica para a preceptoria, chamando a atenção a preocupação dos discentes quanto à não remuneração dos demais membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

E eu acho que essa questão nas unidades de saúde que a (D) falou, que, é, é complicado, né, **porque só o médico ganha dinheiro para receber a gente**, e às vezes os outros também, queira ou não, a

---

gente, gasta um tempo e tem que ter paciência, às vezes a unidade tá muito cheia, e o médico recebe dinheiro pra isso, os outros membros da equipe não recebem. Isso, eu acho que o problema tá um pouco aí também, porque ele tem que receber só de bom grado, e às vezes a unidade está cheia, a pessoa tá com vários problemas, tantas coisas que envolvem, ... (GFT2/D3)

Docentes também se posicionaram quanto à falta de remuneração dos demais membros da Equipe da UBS, que também atuam na preceptoria dos acadêmicos:

**Tem questões de remuneração**, questões formais de remuneração, muito embora o SUS diga na sua legislação de que o SUS é um campo de ensino em serviço... isso também é uma coisa que incomoda, **eu acho que a gente sempre tem que trabalhar a questão da gratificação**. Seja com remuneração financeira, que é importante, ou seja como valorização em termos de, por exemplo, de uma contrapartida de curso de formação, isso é importante, é.. formação específica, educação continuada, tudo isso é importante ser oferecido, ... (P2)

Então eu fico me perguntando assim, como é que a gente vai ter essa equipe, um olhando para o outro, essa relação horizontal, assim, todo mundo valorizando todo mundo, se antes de tudo isso a gente já tem uma discriminação salarial? (P4)

Os discentes referiram também a falta de homogeneidade de aprendizado nos cenários de prática nas UBS, pois na percepção dos mesmos algumas equipes não trabalham de forma colaborativa.

Eu acho, pensei uma coisa, mas eu não sei se entra em fragilidade, realmente. Onde a gente mais teve contato com este artigo foram nas matérias práticas, das matérias de práticas na comunidade. Só que entre os colegas as experiências foram muito diferentes, porque os preceptores eram muito diferentes e talvez essa pode ter sido a fragilidade dentro do nosso curso, porque enquanto tivemos preceptores que realmente mostraram para gente como é o médico generalista, ou na saúde pensando na pessoa, no bem-estar físico, psíquico, social, tiveram outros preceptores que não, que não eram assim, então eu acho que talvez essa fosse uma fragilidade, não para mim, mas eu vi em alguns colegas que isso aconteceu, que eles não tiveram a mesma coisa que eu tive, a mesma oportunidade que eu tive de ver este artigo como um todo, então, talvez isso tenha sido uma fragilidade dentro do nosso curso. (D4)

A literatura é rica quanto aos pressupostos fundamentais da EIP. Reeves *et al.* (2016), Hammick *et al.* (2007); Batista, N. e Batista, S. (2016) reconheceram que

---

qualquer tentativa de escrever sobre teorias de educação interprofissional deve ter o cuidado de não excluir teorias que ajudem a compreensão de práticas colaborativas, pois não se poderia separar o inseparável. As teorias devem ampliar a compreensão da EIP, pois é um assunto bastante negligenciado.

Carpenter (2003 *apud* Miguel *et al.*, 2018), sobre a abordagem da disciplina interprofissional referiu que

as teorias do construtivismo social e do capital social na EIP não podem ser alcançadas no isolamento profissional ou social, abrindo espaço para a teoria do contato, na qual a EIP reúne estudantes de diferentes grupos profissionais em cenários de ensino aprendizagem, possibilitando que estas trocas de informação e conhecimento proporcionem de forma coletiva o crescimento desses grupos (CARPENTER, 2003 *apud* MIGUEL, 2018, p. 1764).

...o interprofissional para mim é a parte que é mais importante, que é a equipe, sozinho ninguém faz nada. Eu acho que ensinar isso pro aluno é fundamental. Mas eu acho que o problema é que esses profissionais têm de querer isso também, né? (P1)

... quando ele vai receber o aluno tem algumas, tem algumas dificuldades, mas o ponto que a gente sempre, que eu sempre levantei com eles era justamente sobre a importância de eles participarem da formação desse profissional. A gente reclama muito que o médico é um ser muito soberbo, e isso não é à toa, não é à toa, eu não vou dizer que isso é mentira porque existe. E aí que tá a chance de você trabalhar uma geração. (P2)

Nós fizemos questão que o curso tivesse a presença de outros profissionais não médicos nessa formação. Hoje eu vejo com muita clareza esse formato hoje nós estamos com 3 anos, onde há sim uma resistência por parte do aluno, que ele acha que quem tem que ensinar, por exemplo, para ele fisiologia é o médico, se por exemplo o fisioterapeuta ou enfermeiro não poderia ensinar, exemplo a fisiologia, exemplo anatomia. Então há uma resistência sim, mas a gente vê que essa resistência vai sendo vencida, quando esse professor é capacitado, é engajado, esforçado ... (C)

Nós temos a disciplina (IRCE) dividida funcionando em grupos, e nós temos facilitadores não médicos, nós temos facilitadores de outras profissões. Então, isso eu acho que já foi mais forte, agora essa forma, esse formato de um grupo de alunos de medicina ter discussões; ter atividades em grupo e o facilitador não é médico, mas aqueles alunos começam a ver a potência de atuação de conhecimento daquele profissional, então eu acho que isso já contribui de uma forma mais forte para essa, para o fortalecimento dessa visão do trabalho interprofissional ... (P4)



---

Batista, N. e Batista, S. (2016) nos fala que,

Há resistências docentes em propostas de EIP e superá-las demanda não somente movimentos dos professores em seus processos de aprendizagem sobre a docência, mas implica, fortemente, na garantia de suporte institucional por meio de políticas de financiamento e valorização da docência interprofissional, comprometida com uma formação em saúde baseada na integralidade do cuidado. Faz-se importante a criação de uma cultura acadêmica que situe as práticas colaborativas e compartilhadas entre os professores como práxis universitária, alterando as lógicas de trabalho isolado, regido por méritos estritos da publicação e que localizam as profissões como ofícios pensados em si mesmos (BATISTA, N.; BATISTA, S., 2016, p. 203).

As falas abaixo apontam para essa perspectiva,

... o médico é visto como a figura mais importante da assistência à saúde. Então nós ainda lidamos com isso. Nós ainda lidamos com uma certa pouca valorização dos outros profissionais. É como se "olha, uma equipe de saúde, se não tem médico, então não dá para fazer nada". Eu, eu acho que uma equipe de saúde não pode prescindir de nenhuma das profissões mesmo, né? (P4)

Embora eu entenda que, não só na medicina, mas nos outros profissionais de saúde, essa abordagem interprofissional ela ainda é frágil, a partir do momento que não temos disciplinas compartilhadas e que efetivamente tenhamos alunos de diferentes cursos, e professores de diferentes áreas trabalhando no mesmo cenário, então eu acredito que a gente já avançou muito nesses últimos anos, mas a gente tem que avançar ainda mais. (P8)

Então eu vejo isso de uma forma, de uma forma muito saudável e de uma forma muito produtiva até para o futuro médico, né ele ter a certeza de que ele tem uma rede de outros profissionais que contribuem de uma forma muito, né, muito importante para a saúde das pessoas. (P9)

Você construir um profissional melhor, significa que você eventualmente possa mostrar para ele o que você faz, "olha, mostra o que você faz enquanto enfermeira, mostra o que você faz enquanto agente de saúde, mostra o que você faz enquanto psicólogo, assistente social, dentista, enfim, técnico. O que que você faz? Por que o seu trabalho é importante? Por que que ele tem que ter um respeito sobre seu trabalho, o que que ele tem que saber sobre você", isso é importante na formação, eu acho que muita gente absorveu isso e entende. (P2)

---

Vale ressaltar que o corpo docente aponta que as iniciativas curriculares ainda se desenvolvem numa perspectiva multiprofissional como um caminho para a interprofissionalidade.

Por último, os docentes apontam que o trabalho pedagógico desenvolvido no âmbito da multiprofissionalidade já é um estímulo para a EIP e desenvolve a competência do acolhimento entre docentes/discentes/serviços/usuários.

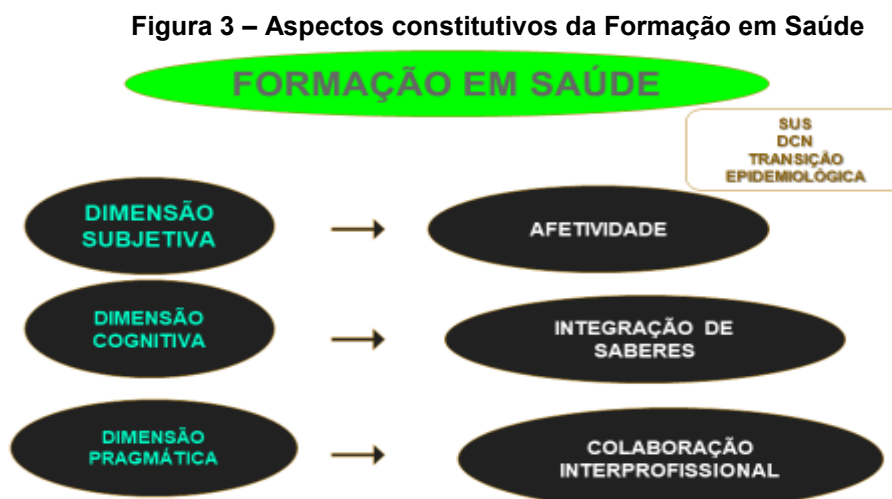
Eles passaram a enxergar sob esses mesmos olhos, eu acho que esse Artigo 5º talvez seja o que mais seja contemplado no momento. Eu ainda tenho um pouquinho de ressalva porque aparecerão disciplinas ainda mais técnicas, né? As especialidades aparecerão, poderá tirar um ou outro aluno desse foco, mas o ideal é que a gente mantenha isso, né? Fazendo reforço a cada ciclo do curso, né, nós temos três ciclos, reforçando isto para que ele não perca no, nesses seis anos essa visão centrada na pessoa. (C)

... eu sei que no meio do curso, quarto, quinto período, entra uma carga horária de disciplinas bem pesadas do campo biológico, né, de, dessa área mesmo, e aí eu não sei se a, se a chamada da minha disciplina (FILOSOFIA) ela vai conseguir manter a mesma, impacto. Porque como vem uma avalanche de disciplinas muito do núcleo de formação mesmo, então aí é uma coisa para se acompanhar, quer dizer no momento que eles passam por mim, a abertura a uma perspectiva interprofissional inclusive desconstruindo todo esse lugar do médico, como o lugar da palavra final ou chefe da equipe, nesse momento que eu trabalho eles entendem bem, e a percepção que eu tenho é de que há muita abertura para concordar, eu não sei, eu não saberia dizer se ao longo da formação posterior, mas talvez seja importante um olhar de um professor que está lá mais na frente, para dizer se se mantém. (P6)

Não é mais possível desenhar um modelo formativo em saúde, em especial no curso médico, se não abarcarmos a dimensão subjetiva ligada a competências como empatia e construção de vínculos capacidade cognitiva, a partir da integração de saberes e a defesa do pressuposto do exercício interprofissional como a única perspectiva de um padrão sustentável de saúde. É importante destacar que em nosso país o conjunto dos aspectos expostos acima são oriundos do nosso sistema de saúde, o SUS, das DCN de 2014, bem como de uma transição de perfil epidemiológico de nossa população.

Fatores calcados infelizmente numa profunda e crônica desigualdade social, como o envelhecimento e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, o uso crescente de drogas e conseqüente aumento de transtornos e doenças mentais entre

outros, demandam diagnósticos ampliados para, de fato, serem efetivos. Pode-se inferir que a EIP é favorecedora de vários aspectos necessários no cuidado na contemporaneidade. Ferreira (2019) nos mostra a organização pedagógica para a construção da EIP na Figura 3.



Fonte: Ferreira (2019), adaptado de Ellery (2012)

Passando para a categoria 3, que se refere ao artigo 26, “O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência”.

Pode-se identificar que tanto o corpo docente como o discente enxergam o modelo de formação adotado pela IES centrado no aluno, e no professor como mediador.

**Quadro 12** – Aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes, quanto ao Artigo 26 das DCN 2014, Poços de Caldas, 2020

DOCENTES		DISCENTES
Há o reconhecimento do corpo docente quanto ao modelo de formação centrado no aluno e no professor como mediador adotado pela IES;	⇒	Há o reconhecimento do corpo discente quanto ao modelo de formação centrado no aluno e no professor como mediador adotado pela IES;
Há o reconhecimento do corpo docente sobre a resistência dos discentes em exercerem seu protagonismo no processo de aprendizagem;	⇒	Os discentes inicialmente mostram-se resistentes na construção do seu protagonismo e de assumirem sua autonomia;
Há o reconhecimento do corpo docente sobre a dificuldade de sair do modelo de “transmissão de conhecimento” para o modelo de mediação e construção do mesmo;	⇒	Contudo ainda preferem o docente no papel de transmissor, pois os deixam numa zona de conforto que ainda não conseguem superar, pois não foram preparados em cursos anteriores (outras graduações) e no nível médio/cursinho;
Na opinião dos docentes as disciplinas Pesquisa Médica I e II não são compreendidas pelo corpo discente no início do curso (1º e 2º anos); no início do terceiro ano essa visão discente muda e os mesmos entendem a importância do manejo da pesquisa para o seu Processo formativo.	⇒	Dificuldade no reconhecimento da importância da disciplina Pesquisa Médica no início do curso, contudo, ao longo do 3º ano esse reconhecimento aparece; Ao longo do processo formativo, foram criando competências, que os fortaleceram como protagonistas de sua formação.

Vasconcelos, Praia e Almeida (2003) nos apontam ao problematizar a história dos processos de ensino/aprendizagem, as contribuições do construtivismo e sua ênfase na centralidade do aluno nessa proposta pedagógica,

Em primeiro lugar, o aluno assume um papel central no processo de ensino-aprendizagem. Cabe-lhe um papel activo de construção de conhecimento e, para isso, importa que o professor conheça esse aluno e a fase desenvolvimental em que se encontra. Em segundo lugar, “aprender” deixa de ser sobretudo informar-se e passa a ser “conhecer”. Essa idéia torna o processo de ensino-aprendizagem mais ativo, mais assente na descoberta e resolução de problemas, na construção e desconstrução de significados pessoais. Finalmente, aposta-se cada vez mais na convergência e diversidade de metodologias de ensino, no papel instrumental dos conteúdos curriculares e na ação do “outro” nas nossas próprias aprendizagens. Nessa altura, o professor assume também um papel importante de “tutor” do aluno, não o substituindo, mas acompanhando e modelando as suas aprendizagens. Igualmente interessante será o recurso, por parte do professor, à simulação de problemas por meio do acesso mais generalizado às novas tecnologias ou ao trabalho de grupo por parte dos alunos, estimulando-se a aprendizagem por confronto de posições individuais e cooperação dos pares (VASCONCELOS; PRAIA; ALMEIDA, 2003, p. 19).

---

O corpo docente reconhece o modelo de formação centrado no aluno e no professor como mediador, adotado pela IES,

Nós mudamos de um modelo daquele aluno passivo, né, daquele aluno que simplesmente baixava a cabeça pelo, quando o professor dizia para ele o que que ele deveria fazer, e caminhamos, né, evoluímos para um aluno agora totalmente diferente que a gente quer formar, que realmente critique, que faça auto-reflexão do seu aprendizado, que tenha uma postura ética mesmo, diante de todos os seus atos, entre os seus colegas, entre os seus colegas de trabalho, entre os seus professores, né? (C)

Eu acho que a gente expõe o aluno a outro modelo, e o aluno, ele... a gente descortina outras possibilidades, a gente descortina a possibilidade do diálogo, de uma metodologia dialógica, de uma metodologia centrada realmente no aluno, onde a gente considera como é o processo dele de aprendizagem, e eu acho que eles vão desenvolvendo. (P4)

... então sempre me incomodou muito essa cultura dentro da Universidade, né, o Professor dominando o assunto e você sendo repositório sem poder perguntar, sem questionar, só aceitando aquilo tudo. Então assim, quando eu vi o programa, o programa não, o plano de ensino, o projeto político-pedagógico do curso, eu fiquei muito feliz, porque eu vi que poderia ser um caminho para o que eu tinha 50 anos vivenciado como escola, e que eu acho que é um modelo que realmente faz com que o indivíduo aprenda, e ele aprende a aprender, e esse **aprender a aprender**, hoje nós temos mais do que naquela época, muita facilidade de adquirir o conhecimento, mas precisa que você saiba aonde buscar um conhecimento que seja sólido, né? (P7).

Nesse sentido, pode-se observar a convergência destes pressupostos nas falas abaixo,

... já era o meu ponto de vista filosófico sobre como entender aprendizagem, né, o aluno como sujeito, e uma série de referências teóricas que vinham subsidiando a gente, não só Paulo Freire, mas gente da área da psicologia como Karl Rogers, então eu diria que o paradigma pedagógico no qual eu já trabalhava, e sempre trabalhei, já era de, de colocar o aluno como sujeito, da aprendizagem uma aprendizagem ativa e de romper paradigmas dissimétricos ... (P6)

... a hora que a gente altera essa concepção de o ensino centrado no aluno, é principalmente dar significado àquilo que ele está estudando, e que ele está buscando, e não necessariamente repassar tudo, então até pra concluir aí, o projeto pedagógico do curso está desenhado pra isso. E, desde o início, algumas disciplinas chaves já nasceram fazendo isso. E outras disciplinas passaram por uma transição, estão em transição. Começam no modelo um pouco centrado no professor, e por meio das, dessas ações de desenvolvimento docente, eu tenho

---

observado essa transição. Eu observo essa transição nos colegas, e até em mim. (P8)

Os docentes percebem, nas Metodologias Ativas, um caminho para a construção da autonomia do discente no processo de construção do aprendizado e trataram de forma conjunta a discussão na perspectiva da centralidade do aluno, aliada ao uso de metodologias ativas de aprendizagem.

... a base das **metodologias ativas**, ela, ela faz uma **integração das emoções que perpassam o processo de aprendizagem**, então a gente tá o tempo todo levando o aluno a expressar, a fazer o processo de metacognição, a expressar como é que ele tá se sentindo diante da situação de aprendizado. (P4)

Acho que foi um desafio, mas eu vejo os alunos hoje, quando eu volto hoje eu vejo os alunos da T1 e da T2, eu vejo eles **muito mais críticos, muito mais engajados com esse próprio, esse próprio processo de aprendizagem nele**, e eu reconheço que isso é fruto do que a gente desenvolveu nos dois primeiros anos, né, essa capacidade de reflexão, de síntese (síntese), de análise crítica, é, é fruto deste trabalho, de processo centrado no aluno, da utilização de **metodologias ativas** aí. (P8)

Os docentes também pontuaram a dificuldade de sair do modelo de “transmissão de conhecimento” para o modelo de mediação e construção do mesmo,

.. este artigo a gente ainda tem que caminhar muito. Eu acho que ele é o cerne, se nós entendermos que o processo está centrado nele mesmo, e o professor entende isso, mas até o professor tem dificuldade. Porque na hora que ele começa a transferir aprendizagem para o aluno mesmo, e só fazer o processo facilitador, há um processo de, de pressão, de angústia. (C)

Bom, eu acredito que esse tem sido um dos principais desafios para, nosso curso, né? Por quê? A maioria dos professores, eles vêm de uma escola onde eles foram formados, é, no ensino centrado no docente, né? O docente falava e o aluno escutava. Então, a gente está no processo de transição ... (P8)

Todo, todo tempo eu tenho que tá sempre me policiando, né, que não é um modelo que eu tenho muita afinidade, estou me afeiçoando dele, com ele agora, nos últimos anos ... (P2)

Os docentes experienciaram a resistência dos discentes em exercerem seu protagonismo no processo de aprendizagem,

... que é um grupo que já entendeu que faz parte desse processo que ...E aí eles trazem para a aula busca sensacionais de artigos atualizados, de individualização, ele consegue pegar uma medicina baseada em evidência e aplicar naquela pessoa, não, não, não na doença e sim naquela pessoa. São sensacionais. Existe, ainda, uma facção ainda pequena que ainda não entendeu o processo, que ele ainda tá ainda limitado, né? Eu acho que o avanço ainda é muito grande, e eu acho que nós vamos conseguir é que a grande maioria entenda esse processo. Não na totalidade, não na totalidade, por mais que a gente apoia alguns alunos, eles não saem, o perigo é que esses alunos às vezes numa situação de estresse contaminam alguns, e criam um certo desconforto, né, mas eu ainda vejo esse crescimento desse aluno que entendeu. (C)

Quais são as reflexões que ele faz diante das situações, então, é o aluno a gente vê, ele, ele costuma ter uma resistência, e essa resistência a gente procura acolher, porque ele chegou esperando que a gente ia lá no quadro, ou então nos slides, e a gente ia dar uma aula, a gente ia passar conhecimento para ele, ... (P4)

Então eu fui mesclando as estratégias pra tentar atender aqueles que tinham essa necessidade da expositiva, eu acho que vai muito pro ensino centrado no professor aí. Eles queriam receber tudo pronto, uma das turmas. Então, as duas primeiras turmas eram diferentes, uma bem receptiva a esse ensino centrado no aluno, e a outra não. (P8)

Os docentes entendem que a formação prévia dos discentes, no modelo tradicional, traz um empecilho para a aceitação por estes do aprendizado a partir da autonomia,

...e a gente vê que é o problema, que não é falta de vontade da gente, nem deles, é porque **eles não aprenderam lá atrás como é que eles tinham que buscar o conhecimento**, foi ensinado para eles no sistema convencional do Ensino Fundamental e Médio a trabalhar desse jeito. E a gente ter de lidar com eles agora no ensino superior, querer que eles mudem toda essa forma né, isso é trabalhoso, precisa de horas e horas do curso, né, mas eu acho muito motivador. (P7)

Embora as disciplinas Pesquisa Médica I e II sejam importantes para a formação crítica e reflexiva, com a valorização da Medicina Baseada em Evidências, com buscas confiáveis para construção do conhecimento, os discentes não têm esta compreensão no início do curso (1º e 2º anos). No início do terceiro ano essa visão discente muda, e os mesmos entendem a importância do manejo da pesquisa para o seu processo formativo.

Concordo com a fala do (D), do (D), mas principalmente essa última parte da fala do (D) do preconceito com a metodologia ativa, né. Nós todos, nós todos viemos de uma formação muito tradicional, a coisa do professor vomitando. Você não é tirado da sua zona de conforto, e você acaba também não indo além, o que seria um benefício da metodologia centrada no aluno, que ele tem a participação ativa de ir atrás, e sendo o professor mais como um guia do que um, como um mero expositor, então, eu digo por mim, eu não gostava de IRCE porque metodologia ativa, era matéria que era quase 100% metodologia ativa e sentia a maior dificuldade de ter vindo da metodologia tradicional, (GFT1/D7)

E aí, pelo menos pra mim, agora no terceiro ano, eu vejo muito mais utilização assim quanto foi útil eu ter estas outras pesquisas, entendeu? Do que, enquanto eu estava fazendo as matérias, tinha hora que eu falava "Senhor, de novo outra Pesquisa, eu acho que acaba sendo útil, só que a gente só percebe depois, sabe? (GFT1/D5)

Os docentes e discentes trabalharam os artigos 26 e 29 com muita proximidade, portanto, muitas das falas discentes relativas ao ensino centrado no aluno estão expostas na categoria 4. Ela se refere ao artigo 29, alínea II, com a importância de “utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão”.

**Quadro 13** – Aspectos convergentes e divergentes apontados por docentes e discentes, quanto ao Artigo 29 das DCN 2014, Poços de Caldas, 2020

DOCENTES	DISCENTES
<p>A maior parte do corpo docente reconhece não ter conhecimento dos pressupostos das metodologias ativas, que são: parceria na construção do conhecimento, escuta ativa em relação ao aluno, práticas colaborativas e não competitivas e trabalho em equipe;</p> <p>Prevalece a compreensão de que metodologias ativas se restringem somente ao uso de ferramentas.</p>	<p>Percebem que o corpo docente também se mostra inseguro, na sua maioria, no uso das referidas metodologias;</p> <p>Apontam falta de planejamento entre os docentes no uso das metodologias ativas, atrelam esta percepção por perceberem falta de qualificação pedagógica neste campo específico (metodologias ativas) do corpo docente;</p> <p>Os discentes reconhecem a importância das metodologias ativas e que a IES tem equilíbrio com o modelo tradicional e problematizador (metodologias ativas);</p> <p>Os discentes mostram-se resistentes na problematização do conhecimento referindo insegurança, pois inicialmente não acreditavam que iriam “aprender” dessa forma;</p> <p>Ao longo do curso foram percebendo que, vários conhecimentos que foram desenvolvidos por metodologias ativas foram absorvidos, e vários que envolveram somente transmissão foram esquecidos.</p>



---

Os docentes reconhecem que, como foram formados no modelo tradicional, transmissor do conhecimento, centrado no conteúdo e no docente, desenvolver a proposta de ensino-aprendizagem no modelo de Metodologias Ativas tem se constituído um grande desafio.

... minha formação é aquela formação típica tradicional do professor como passando a informação e o aluno sendo receptor. Então tá, como dito também, assim, foi um grande aprendizado e **eu estou também no processo de construção do saber como melhor usar as ferramentas das metodologias ativas**, pra conseguir centrar cada vez mais nesse aluno enquanto detentor do, da informação para transformar em conhecimento. (P3)

... **eu tenho dificuldade para usar essa metodologia e isso fica claro pros meus alunos**, eu falo "ah gente, eu tenho dificuldade, porque eu tenho dificuldade de ceder o espaço de fala para o outro, tenho uma dificuldade enorme, né?" Eu falo muito, eu me meto muito, e fazer, não fazer isso me incomoda e, mas eu tô, eu tô brigando para melhorar com isso, ... (P2)

Ah, uma metodologia... **Claramente uma Metodologia mais clássica**. Eu não sou daqueles que jogam o passado no lixo, não, sabe, eu acredito muito no que me foi ensinado. Eu me considero um eterno aluno. Considero muito o que me foi ensinado, da forma que me foi ensinado... Essa é a minha opinião. Pode ser uma opinião conservadora, mas isso é apenas um nome, não tem nada de conservadora ... (P5)

Cunha (2018) nos convida a compreender as dificuldades da profissão de professor no ensino superior, e “mesmo os docentes de carreira e formação são constantes em afirmar que muitas de suas aprendizagens são históricas, isto é, aprenderam com as práticas escolarizadas que vivenciaram” (CUNHA, 2018, p. 8).

Existem várias pesquisas sobre a influência dos bons professores ou dos professores marcantes (CUNHA, 1989, CASTANHO, 2001).

... e outras tantas teses e dissertações que abordam o tema. Ou seja, há o reconhecimento de uma aprendizagem cultural, que se dá no seio da prática escolarizada e que precisa ser valorizada e levada em conta nos processos formativos. O problema, porém, se dá quando aí se esgota a compreensão da profissionalidade docente (CUNHA, 2018, p. 8).

---

Os professores “práticos” possuem saberes, muitos até inovadores; porém não são saberes profissionais, pois estes têm o significado de saber fazer e saber justificar fundamentadamente por que se faz (TARDIF, 2002).

Ao ouvir os docentes sobre suas práticas, percebe-se que eles são capazes de fazer justificativas de suas decisões, mas que são, quase sempre, baseadas no senso comum. Dizem eles: “Faço porque me inspirei num ex-professor que tive e admirava”; “faço porque experimentei numa turma e vi que teve sucesso”; “faço porque essa alternativa resolveu um problema de minha prática.” (CUNHA, 2018, p. 8).

Barnett (2001) complementa,

a educação superior deixou de ser uma instituição na sociedade para ser uma instituição da sociedade”. Não mais exerce o monopólio da produção do conhecimento especializado e reconhece que, com o advento e disseminação das tecnologias, também não o faz em relação à distribuição do conhecimento. A sociedade está a requerer uma educação superior que se afaste das verdades prescritivas e enfrente a condição da incerteza e da mudança como um valor. A celeridade com que se processam as transformações não mais convivem com a perspectiva da transmissão da informação como principal papel das instituições escolarizadas. O emergente é uma educação que prepare as novas gerações para a imprevisibilidade e para a capacidade de continuar aprendendo. Incorpora-se a dúvida e a capacidade da pergunta como um valor, com a finalidade de estruturar problemas investigativos que superem a anterior valorização da memória e da resposta única. Não é à toa que adentram o campo da pedagogia expressões como competências, metodologias ativas, aprendizagens baseadas em problemas, estudos de casos, entre outras. Mesmo compreendendo que, em muitos casos, a inclusão dessas metodologias ainda não possui a necessária base de reflexão teórico-prática exigida, não há como negar que ocupam muitos dos discursos acadêmicos, com impacto nos currículos e nas práticas pedagógicas (BARNETT, 2001, p. 222).

Poucos docentes têm formação nesta metodologia, eles têm a compreensão que a mesma está no Projeto Pedagógico do Curso, mas ainda estão num processo de aprendizagem de como seria realmente trabalhar desta forma.

... existem professores já com grande, muitos anos de prática, que entendem que a metodologia ativa é um caminho importante, mas não sabem como usá-la, não aprofundaram sobre elas, e acham que se eu usar ferramentas das metodologias ativas eu tô fazendo metodologia ativa, e não tá fazendo o elemento mais importante do

---

desenvolvimento da metodologia ativa mesmo, que é a aprendizagem centrada no aluno, né? Aonde ele, ele mesmo desenvolve o processo de aprendizagem. (C)

Então quando a gente estuda os fundamentos das metodologias ativas a gente começa a compreender que as ferramentas de metodologias ativas, elas têm objetivos mais amplos. Elas têm objetivos sim de que o aluno construa conhecimento cognitivo. Mas elas têm... o fundamento é também que eles desenvolvam a reflexão, desenvolvam processo crítico, desenvolvam autonomia na construção do seu aprendizado, que ele compreenda como é que é que se dá o seu aprendizado, que ele faça então o processo de metacognição. (P4)

Os docentes entendem o potencial das metodologias ativas e que precisam participar de programas de desenvolvimento docente voltados para esta metodologia. Cordero Arroyo (2007, p. 104) defende que essas ações tenham como pressupostos:

- a) Ser realizadas no próprio lugar de trabalho dos professores;
- b) Não se dirigir ao professor individualmente, mas concebê-lo como membro de um grupo com um pertencimento (carreira, departamento, curso etc.);
- c) Ter como ponto de partida a prática dos docentes e suas necessidades específicas num contexto determinado;
- d) Conceber o planejamento e a avaliação com a participação do coletivo envolvido.

Essas premissas têm o papel de envolver os docentes nos contextos de formação e reforçar a sua professoralidade através de um reconhecimento dos saberes da profissão. Precisam ser estimulantes, pois a literatura mostra que a satisfação no trabalho é fundamental para a qualidade do que realizam e para a valorização das suas instituições. O desempenho dos docentes tem impacto nas aprendizagens dos estudantes, contribuindo para o sucesso dos mesmos, o que, por sua vez, tem reflexo na qualidade das IES.

Autores como Altbach (2003) e Taylor *et al.* (2007) referem-se aos docentes como “escultores” da qualidade das instituições, dado que o seu desempenho contribui de forma muito significativa para o sucesso dos estudantes:

**... acho que o aluno tem de ser respeitado, acho que a disciplina não pode se reduzir a aulas expositivas**, por exemplo, acho que temos que ter metodologias e práticas que tragam ele, mas tragam ele de uma forma ativa mesmo, quer dizer o que ele tá trazendo. Eu acho

---

que você não tem que se colocar só no papel de avaliador do que ele tá trazendo, mas é uma troca de saberes, experiências, de pesquisa, né, que ele, que ele vai buscar. (P6)

... a gente tem algumas disciplinas 100% metodologia ativa, temos disciplina praticamente cem por cento em metodologia tradicional, e tem várias que são mistas aí, e a gente foi crescendo, acho que todos os professores foram mudando ao longo desses, dessas quatro turmas, porque a gente foi trocando informações e de alguma maneira tendo estratégias de desenvolvimento docente aí. (P8).

Novamente, os docentes referem que os discentes apresentam, no início, uma resistência ao método.

... e há o outro ponto dos alunos, de uma dificuldade, que aí tem a ver com a pergunta anterior, **que a metodologia ativa exige uma mobilização por parte do aluno**, ele não pode ficar na posição passiva como anteriormente, e isso é difícil, é mais cômodo eu ficar na posição passiva, e alguns alunos com uma **resistência** porque não querem se mobilizar. (C)

... eram duas turmas, duas turmas com visões diferentes, isso ficou muito pronunciado naquele primeiro ano de curso nessas duas primeiras turmas. Então **tinha uma, uma vertente do curso dos alunos querendo metodologias ativas cem por cento, e outros buscando se apegar à metodologia tradicional**. (P8)

Outro aspecto apontado por este grupo foi o receio da possibilidade de não conseguirem desenvolver todo o conteúdo proposto nas ementas se trabalharem com as metodologias ativas, desenvolvem, assim, um misto de aulas na metodologia tradicional e na metodologia ativa.

... acho que o grande desafio é realmente a gente tentar fazer esse ajuste, assim em termos de tempo, **em termos de volume de matéria**, porque do próprio docente a gente vem com essa coisa de eu "tenho que dar isso (riso), eu tenho que, minha aula vai ter que render. (P3)

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem também apostam no potencial da avaliação formativa dos discentes, desmistificando a avaliação somativa como o critério único de avaliação do perfil de competência. Segundo a percepção de um docente, o ambiente competitivo das IES atrapalha o desenvolvimento e engajamento docente e discente nesta metodologia.

---

...a nossa sociedade é competitiva, o nosso modelo de Universidade é competitivo e a própria Universidade instiga neles a necessidade da nota, a necessidade de a idéia de que na hora que você formar, você vai concorrer com um monte de gente numa prova de residência. Então o aluno começa a ficar pilhado. Então ele fala assim, "não, é lindo que aqui nesta disciplina a gente aprende que todos tem o seu valor, e tudo, mas depois a gente fica achando que não é bem assim, que na hora da prova da residência vai contar a nota, vai contar o currículo", pronto, e aí parece que aquilo tudo que você tentou desenvolver, eu fico me perguntando, até que ponto não vai por água abaixo, quanto daquilo ali se se se sustenta a partir do momento que nós estamos numa sociedade competitiva, e numa sociedade que cobra, e o aluno começa a ficar apavorado, e que "eu vou ter que fazer prova de residência que eu, a minha nota", e toda, muitas coisas que ele vai fazer dentro da Universidade, os que tem melhor nota vão ter mais chances, vão ter mais portas. Então, eu acho que a gente vive assim um certo antagonismo, porque a gente quer desenvolver determinados tipos de valores, mas dentro de uma sociedade onde isso não tá pleno, né? (P4)

Os discentes também reconhecem que apresentaram resistência ao ensino-aprendizagem em metodologia ativa, e atribuem isto à formação prévia exclusivamente na metodologia tradicional; e preferem se manterem na zona de conforto que as aulas expositivas proporcionam.

Então, é o seguinte, eu acho que em relação a essa, eu acho que essa é a diretriz mais difícil de ser aplicada, atualmente, que pra gente foi o maior desafio. Primeiro porque a gente chega na faculdade, a gente não, a gente não tá acostumado com isso, a gente sempre foi acostumado a ter uma, ao método tradicional, expositivo, então tudo que a gente teve de metodologia ativa nos dois primeiros anos causou estranhamento em todo mundo, até a gente acostumar, então assim e de qualquer forma, eu acho que esses dois aqui na nossa prática dos dois anos, eu acho que ele teve presente assim em torno de 20% das disciplinas, então foi, ainda foi muito pouco. Apesar de ser importante, eu acho que a gente não teve metodologia ativa de fato, em várias disciplinas, na maioria a gente teve o método tradicional expositivo, que é o método que a maioria dos alunos sente mais confortável de ter. Eu acho que é um método muito bacana na teoria, e na prática eu acho que ele é difícil de ser aplicado. Quando ele for bem aplicado, ele é muito válido. Mas é difícil diferenciar entre essa metodologia ativa e talvez um, às vezes uma falta de organização, eu acho que é uma linha tênue, então, por isso que eu acho que ele, ele é tão complicado de ser utilizado. (GFT1/D2)

Vai depender muito de disciplina, **depende do perfil do aluno**. O aluno quando sai do ensino médio, ele é treinado durante toda sua vida, né, desde o pré, do jardim de infância, até ao ensino médio, ao método tradicional e passivo, então quando ele se depara com uma metodologia ativa, ele tende a ter aquela repulsa, "não entendi muito

bem como funciona", então tem que mudar essa cultura, pra alguns há de fato uma certa dificuldade. (GFT2/D5)

**E eu era então muito preconceituosa, quanto às metodologias ativas**, não gostava de jeito nenhum, pra mim tinha que ser lousa, professor, até por conta do ensino médio, que foi tudo isso, cursinho que é 100% é isso, e você fica fechada às outras oportunidades, né, de aprender e tudo mais. Então, eu aprendi demais com IRCE como metodologia ativa, apesar do primeiro semestre ter sido meio lá, meio cá né, por causa dessa resistência, mas depois eu me abri, consegui aprender bastante ... (GFT2/D1)

Os discentes também observam a dificuldade de muitos docentes, não formados em metodologias ativas, em desenvolverem as aulas nesta proposta, gerando um senso de desorganização na atividade do mesmo.

Então, eu acho que de todos, esse aqui é o que não tá efetivamente sendo aplicado, mas não, não porque não queiram, é porque é muito complicado, tanto da parte dos profissionais, professores que tem que se capacitar para isso, como as (professoras da IRCE) se capacitaram, e a gente precisaria que os outros também, tanto por parte dos alunos que tem **uma resistência muito grande a esse tipo de método**. (GFT1/D2)

Então eu acho que essa é uma falha que a gente tem em relação ao nosso ensino, **a gente não sabe muito bem como funcionaria esta metodologia ativa**, e até que ponto ela realmente está sendo aplicada, ou até que ponto ela é só um escape, vamos colocar assim. "Ah, hoje na aula, a gente vai fazer grupos para todos discutirem", mas será que era realmente aquilo que ele queria? Eu acho que às vezes é uma dúvida que eu tenho. (GFT1/D4)

Por fim, os discentes reconhecem que as aulas que ocorreram em metodologia ativa realmente proporcionaram desenvolvimento e aprendizado significativo, e que só reconheceram o potencial desta metodologia no final do segundo ano do curso.

E aí eu tô vendo o quanto **a gente evoluiu de compartilhar as nossas opiniões**, no começo era muito estranho para todo mundo de novo, porque acho que **quase todo mundo saiu do método tradicional**, né? (GFT1/D6)

Porque tudo no início assim a gente sofre muito por sair da zona de conforto, por não saber, por tá perdido. "Meu Deus, que eu tô fazendo aqui", **mas no final o resultado é muito bom**. (GFT2/D3)

Mas eu gosto porque eu acho que esse negócio do professor facilitar, e a gente como o aluno ter o foco da aprendizagem eu acho muito legal. Acho que isso estimula o aluno a ir atrás, do material, a ir atrás do conhecimento, colocar questões na nossa cabeça. Então a gente

fica muito mais autodidata, a gente fica mais suficiente, autossuficiente, **o que eu acho que mais pra frente é um benefício muito grande também, ... (GFT2/D2)**

... eu acho que este **estilo da IES de ser misto, pra mim é o modelo ideal que tem de fato de graduação**. Tô muito satisfeito com o nosso curso por causa disso. Eu acho que o extremo puramente tradicional, ou puramente ativo, a gente acaba perdendo alguns benefícios, ... (GFT2/D5)

... que **a metodologia ativa também, é, te coloca né, também no centro, coloca o aluno como centro, e coloca também os sentimentos**. A gente tinha que escrever o que a gente sentia em relação a um caso clínico, e a gente, eu pude ver na monitoria que isto é extremamente importante pra a gente absorver aquele conhecimento mesmo. Quando você tem um envolvimento pessoal com aquele caso, com aquela matéria, você consegue absorver muito mais essa informação, e não só decorar informações e isso é muito interessante, ... (GFT2/D4)

Destaca-se “neste momento”, um pedido de “acolhimento”, ampliando o olhar não apenas para o usuário do SUS, não apenas para os familiares e a comunidade, mas também para o discente, este profissional em formação, que entende que precisa ser cuidado para cuidar.

Eu acho que os quatro artigos se conversam e se complementam. Então, nesse momento de a gente querer ver o paciente como um todo, como uma pessoa que traz uma história a gente, forjar, é, as escolas de medicina se prepararem para forjar profissionais dessa mesma maneira, e não só, não só são os futuros médicos, **eles são pessoas que tem histórias, que tem família, que sofre que chora, que, e várias coisas, tem anseios, tem sonhos, então tudo casa, né? A gente quer fazer, a gente quer abraçar o paciente, a gente quer integrar, cuidar de uma maneira integral, ok, muito legal, mas então vamos, vamos fazer profissionais que também sejam integrados, abraçados, que, que realmente sejam cuidados para poder cuidar**. Eu acho muito interessante. Nem sempre dá certo, né, no papel ela é muito bonita essa, essa ideia, mas nem sempre dá certo. (GFT1/D3)

Esta mesma preocupação, quanto ao acolhimento, é demonstrada na fala de uma docente,

..... será que este aluno experimenta o acolhimento durante a sua formação? Será que ele experimenta o espaço para falar do que ele está sentindo? De como está aquilo ali para ele? Então, eu fico me perguntando como é que depois ele vai acolher o outro nas suas emoções, na sua fragilidade, se o tempo todo a mensagem para esse aluno foi assim: “olha, você trata de dar conta do que você tem que

---

dar conta, suas emoções aí você se vira com ela mas aqui nós vamos tratar da matéria, nós vamos tratar do conteúdo. (P4)

Com uma melhor compreensão da definição acima do que seja competência, encontram-se, nos artigos da pesquisa, a importância da construção do cognitivo (conhecimentos), das habilidades e das atitudes, para então a tomada de iniciativas e ações efetivas diante dos desafios diários na prática médica, sempre olhando para os recursos disponíveis (profissionais de saúde e materiais).

Entende-se que não há como desenvolver o perfil de competência desejado para o profissional de saúde da contemporaneidade se estes artigos da pesquisa não forem devidamente valorizados.

Continuando a caminhada pelas DCN 2014, na Seção II (Gestão em Saúde), no art. 17, I, letras a, e, g, pontua-se:

- a) O aprendizado da nossa história de saúde (políticas públicas, reforma sanitária, SUS);
- b) O trabalho colaborativo;
- c) O estar aberto para as diversas opiniões.

Entende-se a extrema importância do art. 18, II, letra e, quanto ao fazer e receber críticas, "... formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho" (BRASIL, 2014, p. 9).

Já nas alíneas V a X do artigo 29, encontra-se satisfatoriamente o cumprimento das mesmas nas falas anteriormente registradas de docentes, discentes e coordenador do curso de medicina pesquisado, como:

- a) Presença das Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação destes profissionais;
- b) Inserção precoce do discente de medicina nas redes de serviços de saúde;
- c) Ensino-aprendizagem nos diferentes cenários do SUS;
- d) Interação ativa do discente de medicina com os usuários e com os demais profissionais de saúde;
- e) Integração ensino-serviço no SUS;



f) Formação flexível e interprofissional, articulando teoria e prática.

Entende-se que não há como desenvolver o perfil de competência desejado para o profissional de saúde da contemporaneidade se estes artigos da pesquisa não forem devidamente valorizados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a analisar as contribuições dos artigos 3º, 5º, 26 e 29 das DCN, de 2014 no currículo do curso de medicina da PUC Minas, Campus Poços de Caldas, em seus dois primeiros anos de implantação.

Nesse percurso, os dados obtidos nos permitiram identificar as potencialidades e os desafios, junto ao corpo docente e discente, no desenvolvimento da organização curricular, frente aos referidos artigos.

A trajetória na escolha por tais artigos, num total de 41 artigos das DCN 2014, ancorou-se no estudo da literatura sobre os desafios ainda tão recorrentes na formação médica quanto à percepção da pobre relação médico-paciente-cuidador (sendo o cuidador excluído desta relação, e estando associado ao universo do paciente), quanto à lacuna no relacionamento efetivamente interprofissional, quanto à formação na graduação com o ensino centrado no professor e, conseqüentemente, apoiado na metodologia transmissora do conhecimento.

Os dados obtidos nos levam a sustentar que o curso de medicina, objeto dessa pesquisa, em sua trajetória inicial (dois primeiros anos), teve como desafios:

Quanto ao **Artigo 3º**, pode-se depreender que, apesar da formação inicial enfatizar a perspectiva do homem como um ser biopsicossocial, ficou claro a preocupação dos corpos docentes e discentes com a possibilidade de “mudança de foco” para uma formação tecnicista, a partir do contato com as especialidades médicas na Atenção Secundária e Terciária.

Tal preocupação está pautada no que Oliveira, F. *et al.* (2019) e Rezende *et al.* (2019) nos mostram sobre o processo de ensino-aprendizagem no internato; este é um momento onde os discentes vivenciam muito intensamente as especialidades com docentes que não entendem, ou mesmo não valorizam o trabalho da Atenção Primária, e que não foram formados na proposta da Clínica Ampliada.

Também se considerou que, embora os discentes entendam a importância da formação crítica, ética, reflexiva e, para isso, a necessidade de disciplinas que tragam o suporte científico, social, filosófico para esta formação, eles ainda têm uma insegurança quanto à possibilidade de tais disciplinas ocuparem o “espaço” de

---

disciplinas com conteúdo biologicista, e isto prejudicar a qualidade da formação médica.

A compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença ocorre principalmente na integração Ensino-Serviço, sendo o SUS um rico cenário de ensino-aprendizagem, mas com fragilidades na pactuação desta integração.

Fragilidades estas apontadas pelos discentes quanto à falta de adesão de todos os componentes de algumas Equipes da Estratégia de Saúde da Família à proposta de preceptoria. Nesse campo, foram identificadas a falta de qualificação pedagógica para os futuros preceptores e também a ausência de gratificação para esta função.

O **Artigo 5º**, sobre a Educação Interprofissional (EIP), pode-se observar que há consenso entre todos os pesquisados sobre a relevância e necessidade deste tipo de formação para este século que se inicia; contudo, apontam que a experiência no curso de medicina de Poços de Caldas, neste momento é desenvolvida à luz da multiprofissionalidade.

Apontam que a disciplina IRCE representa este espaço como um estímulo a um futuro desenvolvimento da EIP, bem como nas atividades de extensão por meio do PET-Saúde Interprofissional, quando desfrutam da oportunidade de interação com discentes de outros cursos do *Campus*.

Por último, destacam-se o **Artigo 26** e **Artigo 29**, em que verificam-se que tais desafios foram reconhecidos tanto pelos docentes e discentes, onde o ensino centrado no aluno, com sua autonomia na construção do aprendizado, apoiado (mediado, facilitado) pelo professor, por meio de metodologias problematizadoras é, ainda, um caminho a ser percorrido.

Do ponto de vista docente há que se reconhecer a fundamental qualificação pedagógica a ser ofertada pela IES e construída pelos mesmos, no sentido de uma apropriação necessária para o pleno desenvolvimento deste projeto curricular, ora em desenvolvimento.

Do ponto de vista discente, há resistência nesta parceria, pois, para tal, é necessária uma construção quanto ao protagonismo e autonomia, características não desenvolvidas de maneira recorrente, ao longo da formação desses alunos.

Assim, encerra-se essa primeira “fotografia” deste novo curso de medicina, considerando que vários desafios ainda precisam ser superados. Contudo, experimentou-se, ao longo dessa pesquisa, uma feliz percepção de um conjunto de pessoas comprometidas com esse processo, determinadas na formação de médicos tecnicamente competentes e, acima de tudo, humanamente responsáveis pela vida, o primeiro presente nos dado!

---

## REFERÊNCIAS

ADLER, M. S.; GALLIAN, D. M. C. Formação médica e Serviço Único de Saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 388-396, 2014.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* Integração curricular na formação superior em saúde: Refletindo sobre o processo de mudança nos Cursos do UNIFESO. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 296-303, 2007.

ALTBACH, P. **The decline of the Guru: the academic profession in the third world.** New York: Palgrave Macmillan, 2003. 338 p.

BARNETT, R. **Los limites de la competencia: el conocimiento, la educación superior y la sociedad.** Barcelona: Gedisa, 2001. 286 p.

BATISTA, N. A. *et al.* **Educação médica no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2015. 400 p.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, 2016.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. (org). **Docência em Saúde: temas e experiências.** 2. ed. São Paulo: SENAC- SP, 2014.

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 25. ed., Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). Acesso em 12 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014.** Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em:

[http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download\\_20111215103241.pdf](http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf). Acesso em: 26 mar. 2020)

BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 7-19, out. 2015.

CANDIDO, P. T.; BATISTA, N. A. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, n. 3, p. 36-45, 2019.

CARPENTER, J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. **Medical Education**, v. 29, n. 4, p. 265-272, 1995.

CASTANHO, M. E. Sobre professores marcantes. *In*: CASTANHO, S.; CASTANHO, M. E. **Temas e textos em metodologia do Ensino Superior**. Campinas, SP: Papirus, 2001.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. **Análise de conteúdo**: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CONCEIÇÃO, C. V.; MORAES, M. A. A. Aprendizagem Cooperativa e a Formação do Médico Inserido em Metodologias Ativas: um Olhar de Estudantes e Docentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 42, n. 4, p. 115-122, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Qualificação dos professores das escolas médicas**: relatório do IX Fórum Nacional de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina Brasília, 16 e 17 de agosto de 2018. Brasília: CFM, 2019. 88 p. (Cadernos de educação médica; n. 3). Disponível em: [https://eventos.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21146&Itemid=648](https://eventos.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21146&Itemid=648). Acesso em: 12 dez. 2019.

CORDERO ARROYO, G. El asesor en la escuela: una mirada interpretativa a la construcción de su rol como formador del profesorado. *In*: IMBERNON, F. *et al.* **La investigación educativa como herramienta de formación del profesorado**. Barcelona: Editorial Graó, 2007. p. 103-117.

CUNHA, M. I. Docência na Educação Superior: a professoralidade em construção. **Educação**. Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 6-11, jan./abr. 2018.

CUNHA, M. I. **O bom professor e sua prática**. Campinas: Papirus, 1989.

DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (org.). **O currículo integrado do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: do sonho à realidade. São Paulo: Hucitec, 2005. 172 p.

---

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**: polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados, 1995.

ELLERY, A. E. L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família**: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. 2012.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica**: reflexos na organização do trabalho pedagógico. 2004. 477 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FERREIRA, B. J. As políticas indutoras e a formação em saúde. *In*: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. (org). **Docência em saúde**: temas e experiências. 2. ed. São Paulo: Senac, 2014. p. 183-200.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, p. 1-15, 2019. Supl. 1.

FEUERWERKER, L. C. M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 3, p. 21-26, 2003.

HAMMICK, M. *et al.* Best evidences systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. **Medical teacher**, London, v. 29, n. 8, p. 735-735, 2007.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IBGE. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101609.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2019.

KEMP, A.; EDLER, F.C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 11, n. 3, p. 569-585, 2004.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. *In*: POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Qualitative research in health care**. 2nd. ed. London: BMJ Books, 2000.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

---

LIMA, V. V. Espiral Construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.

LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 175-184, 2003.

MEIRELES, M. A. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, n. 2, p. 67-78, 2019.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 109-116, 2000.

MIGUEL, E. A. *et al.* Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, p. 1763-1776, 2018. Supl. 2

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes Curriculares na Saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Science**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: UNESCO, 2000. 118 p.

NUNES, E. D. Cem anos do relatório Flexner. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 956, 2010. Supl. 1.

OLIVEIRA, C. A. *et al.* Alinhamento de diferentes projetos pedagógicos de cursos de medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, n. 2, p. 143-151, 2019a.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: avanços e fortalecimento do Sistema de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. e0018415, 2019b.

PEREIRA, G. A.; STADLER, A. M. U.; UCHIMURA, K. U. O olhar do estudante de medicina sobre o Sistema Único de Saúde: A Influência de Sua Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 42, n. 3, p. 57-66, 2018.



---

PEREIRA, T. A. *et al.* Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação por Professores da Área da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 59-66, 2016.

PIMENTA, A. L. *et al.* **Plano Municipal de Saúde de Poços de Caldas – 2014 a 2017**. Poços de Caldas: Conselho Municipal de Saúde, 2013. 68 p. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=16821-pocos-de-caldas-mg&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16821-pocos-de-caldas-mg&Itemid=30192). Acesso em: 18 maio 2018.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Cepesc/Abrasco, 2006.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em revista**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 3-15, 2005.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. **Projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina do campus Poços de Caldas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília, DF: PNUD, 2013. 96 p. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729\\_AtlasPNUD\\_2013.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf). Acesso em: 18 maio 2018.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. **Medical Teacher**, London, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.

REZENDE, K. T. A. *et al.* Implementando as unidades educacionais do curso de Enfermagem da Famema. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 525-535, 2006.

REZENDE, V. L. M. *et al.* Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, n. 3, p. 91-99, 2019a.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Cepesc/Abrasco, 2006. p. 205-227.

SANTOS JUNIOR, C. J. *et al.* Educação médica e a formação na perspectiva ampliada e multidimensional: considerações acerca de uma experiência de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, n. 1, p. 72-79, 2019.

---

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. Disponível em: [https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf). Acesso em: 22 jul. 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* Ecologia na formação do profissional de saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a existência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 58-64, 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1183-92, 2009.

SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil The current challenges of the fight for a universal right to health in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019.

STELLA, R. C. R. *et al.* Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 33, n. 1, p. 63-69, 2009. Supl. 1.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 325 p.

TAYLOR, J. *et al.* Strategic enrollment management: improving student satisfaction and success in Portugal. **High Education Management and Policy**, Paris, v. 20, n. 1, p. 120-137, 2007.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRIVINOS, A. N. S. **1928 - Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, C.; PRAIA, J. F.; ALMEIDA, L. S. Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: da instrução à aprendizagem. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 11-19, jun. 2003.

VEIGA NETO, A. **Foucault e a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

ZABALLA, A. **Enfoque globalizador e pensamento complexo**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS JUNTO AO COORDENADOR DO CURSO DE MEDICINA (C) E AOS PROFESSORES (P)

- 1) Qual a sua opinião quanto ao conteúdo do artigo 3 na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?
- 2) Qual a sua opinião quanto ao conteúdo do artigo 5 na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?
- 3) Qual a sua opinião quanto ao conteúdo do artigo 26 na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?
- 4) Qual a sua opinião quanto ao conteúdo do artigo 29 na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?

Cada artigo foi apresentado ao entrevistado na sua íntegra.

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS, INTEGRADOS POR DISCENTES DA DISCIPLINA INTRODUÇÃO AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO**

- 1) Qual a sua opinião quanto ao conteúdo do artigo 3 na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?
- 2) Qual a sua opinião quanto ao conteúdo do artigo 5 na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?
- 3) Qual a sua opinião quanto ao conteúdo do artigo 26 na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?
- 4) Qual a sua opinião quanto ao conteúdo do artigo 29 na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?

Cada artigo foi apresentado ao Grupo Focal na íntegra.

**APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA**

De: Francisca Raimunda de Souza Barreiro

Para: Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Minas, Campus Poços de Caldas

Assunto: Solicitação de Consentimento para Realização de Pesquisa

Poços de Caldas, 29 de novembro de 2018.

Prezados,

Venho respeitosamente solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada: **"ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM CURSO DE MEDICINA NO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO."**

A pesquisa tem como objetivo geral: "Analisar o processo de implantação de um curso de medicina no interior do Estado de Minas Gerais à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014"; e como objetivos específicos:

" Analisar as contribuições do currículo frente aos desafios epidemiológicos regionais e nacional, e identificar as potencialidades e desafios, junto ao corpo docente, no desenvolvimento da organização curricular".

O referido estudo contemplará:

- a) Análise documental: Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, Projeto Político Pedagógico de uma Faculdade de Medicina no interior do Estado de Minas Gerais, Ementas e Planos de Disciplinas da IES pesquisada, Bancos de Dados Epidemiológicos do município.
- b) Entrevistas semiestruturadas: as entrevistas serão gravadas e realizadas com o coordenador e com docentes da Faculdade de Medicina do interior do Estado de Minas Gerais, responsáveis pelas disciplinas acompanhadas por esta pesquisa.

- c) Grupo Focal junto aos discentes da disciplina Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico- IRCE, das turmas 1 e 2 iniciadas em 2018. As questões norteadoras terão similaridade com as construídas para as entrevistas junto aos professores procurando desvendar as percepções dos dois grupos quanto ao processo de implantação do Curso de Medicina nesta cidade do interior de Minas Gerais.

Ressalto que o estudo cumprirá os princípios do desenvolvimento da pesquisa, e que segue os princípios éticos e vigentes na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,

---

Francisca Raimunda de Souza Barreiro  
Mestranda na UNIFESP no Mestrado Profissional em Ciências da Saúde  
Professora na Disciplina IRCE no curso de Medicina

Ciente, de acordo,

---

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para Coordenador, Docentes e Discentes da Faculdade de Medicina do interior do Estado de Minas Gerais, para participação no projeto de pesquisa intitulado “Análise do processo de implantação de um Curso de Medicina no interior do Estado de Minas Gerais: um estudo de caso”**

Estamos convidando você para participar desta pesquisa, que tem como objetivo analisar o processo de implantação do curso de medicina no interior do estado de Minas Gerais, onde você exerce a coordenação, docência ou discência.

Também, como principal investigadora, sou docente nesta faculdade, e estou desenvolvendo esta pesquisa no Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu, nível Mestrado Profissional, na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Os procedimentos que irão compor esta pesquisa serão:

1. Será construído um roteiro de entrevista semiestruturada a ser aplicado junto ao coordenador e docentes de disciplinas acompanhadas por esta pesquisa.
2. Serão construídas questões norteadoras para o desenvolvimento de grupos focais junto aos discentes da disciplina Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico.

Esta pesquisa apresenta **mínimos riscos esperados** para os sujeitos da pesquisa, **como percepção de desconforto ou constrangimento na entrevista semiestruturada ou no grupo focal**. Não há benefício direto para o participante, somente no final do estudo pode-se concluir a presença de algum benefício relacionado ao resultado da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é Francisca Raimunda de Souza Barreiro, que pode ser encontrada no endereço Rua Américo Chagas, 363, Jardim Planalto, Poços de Caldas, MG. Telefone (35)988013242, e-mail: [franbarreiro@yahoo.com.br](mailto:franbarreiro@yahoo.com.br). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de

---

Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Professor Francisco de Castro nº55, CEP- 04020-050, FAX:( 11) 5539-7162 – E-mail: cep@unifesp.edu.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de suas atividades na faculdade de medicina onde atua. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Está garantido o direito de você ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Torna-se explícito o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Declaração do participante:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, referente a esta pesquisa. Eu discuti com Francisca Raimunda de Souza Barreiro sobre a minha decisão em participar deste estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e **mínimos riscos**, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou na minha atuação neste curso de medicina.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste representante legal para a participação neste estudo, **sendo disponibilizado em 2 vias originais, uma para ficar com o participante e outra para o pesquisador.**

Assinatura do Responsável pelo estudo:

\_\_\_\_\_



## APÊNDICE E – ENTREVISTAS COM PROFESSORES E COORDENADOR

### Questões norteadoras (Q1, Q2, Q3)

**Q1 - Diante dos artigos 3º, 5º, 26, 29 das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, para o curso de medicina, qual sua opinião sobre a importância destes artigos na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?**

...a gente é especialista em gente... (P1)

...a doença não é uma parte, não é uma, uma coisa só física, que tem a parte biopsicossocial e tudo isso influencia, então eu acho que a formação da Medicina de Família e Comunidade né, a formação deles passando pela estratégia de Saúde da Família, ela dá uma formação generalista, por isso, porque eles vão ver tudo dentro do contexto que tá lá... (P1)

...a gente tem que antes de tudo saber que é um outro ser humano que tá ali, e que aquele ser humano não tá ...não tá sozinho, não é só ele não, não é só, só aquele corpo né, que tem muitas outras coisas, ... (P1)

...quando os alunos começam a refletir inclusive sobre a família deles, de muita coisa que eu falo ali, ele tipo assim, ele fala assim "nossa, mas lá em casa, minha mãe é assim, tipo assim, meu pai faz isso". Eles vão olhando pra coisas que talvez eles nunca tivessem olhado também, ... (P1)

...quando a gente entra na questão de tá dentro da casa das pessoas a gente começa a ver, tipo assim coisas até da casa da gente também. Eu acho que, eu acho que isto gera uma empatia, ... (P1)

...não tem como a gente olhar o ser humano de uma forma integral, se a gente não olhar ele pela realidade dele... (P1)

...como eles conseguem ver que o meio influencia no processo de saúde-doença, meio social onde as pessoas estão inseridas... (P1)

...eles levam um choque assim tipo realidade... (P1)

...a medicina não é só a parte do, da doença... (P1)

... às vezes muita parte do adoecimento que as pessoas têm é por conta das condições sociais que elas vivem não só por não se cuidar, até o não se cuidar pode entrar um pouco nisso também, né, de uma questão cultural. (P1) ... eu acredito que quem faz a faculdade é o aluno, ... (P1)

... eu acho que o processo de aprendizado ele fica muito mais interessante pro aluno quando pra ele aquilo interessa, ... (P1)

Cada um vê uma coisa que chama atenção, tipo assim, isso eu acho que ele tá fazendo a construção do conhecimento deles. Mas eles estão caminhando...do jeito deles no ritmo deles. (P1)

... que a construção do conhecimento, ela é por eles, mas ela vem também de uma demanda da população. (P1)

... não tem como a gente olhar o ser humano de uma forma integral, se a gente não olhar ele pela realidade dele... (P1)

...como eles conseguem ver que o meio influencia no processo de saúde-doença, meio social onde as pessoas estão inseridas... (P1)

... eu sou super defensora do SUS, e eu acho assim que a gente precisaria de mais pessoas que trabalhassem no SUS com amor, não por amor. (P1)

Enfim ... eu acho que uma forma da gente ensinar as pessoas a amar o SUS, também é mostrar pra eles o que que é o SUS, né? (P1)

... porque eu acho que às vezes muita gente olha pelo que falta e não pelo que tem, né, falta muita coisa assim como falta muita coisa em vários setores da vida da gente, não só no que é público, né, mas eu também tenho que olhar para os potenciais que tem ali, né, tem muita coisa. Gente, o SUS é fantástico. Se a gente olhar, tipo assim, na teoria ele é sensacional, mas eu acho que na prática ele é muito bom. (P1)

Eu acho que mostrar pros alunos que existe o sistema único de saúde, que existe uma... que ele funciona sim, porque eu acredito que ele funciona, e... e enfim, pelo menos eles conhecem, com o tempo eles vão ver o que que eles desenvolvem a partir disso. (P1)

... eu vejo que boa parte ou quase a totalidade dos professores envolvidos no curso, eles estão se preocupando com o conhecimento e com a construção de um cuidado em saúde baseado numa formação muito mais ampla do que o postulado flexneriano, ... (P2)

..., mas na prática na comunidade, eu vejo muito como essa percepção do conceito mais ampliado de saúde. Isso faz parte da formação deles, né? (P2)

... uma coisa que também se, se faz, costura o processo de ensino aprendizagem dos alunos é a inserção muito precoce dentro da extensão, acho, a gente tem alunos que desde o primeiro, segundo semestre estão inseridos dentro de um processo de extensão, entendendo que isto é importante para a formação deles, ... (P2)

... a gente discuti muito sobre a estruturação do SUS, né? Geralmente nesse início. E durante todo, as 4 disciplinas de prática, a gente acaba discutindo sobre o SUS, os princípios doutrinários do SUS e o que mais parece que bate com, com os alunos e sempre tá caindo nas discussões que a gente faz é o da Equidade, né, e o princípio da Equidade ele é um que cai muito o tempo todo, né? (P2)

... Ah, equidade é o quê? Tratar desigualmente os desiguais. Mas isso o Capitalismo já faz, né? Ele trata pior quem tem menos recursos, os estados mais vulneráveis, e na verdade a gente precisa tratar desigualmente os desiguais buscando justiça. (P2)

Eu acho que eles entendem desde o início aqui no nosso curso, de que existe um sistema de saúde com falhas, com grandes acertos, com grandes falhas e que a gente tem que trabalhar para melhorar isso, ... (P2)

... e a gente entender né, puxando a brasa para a minha especialidade, é do quanto que a atenção primária é importante, ela, eu acho que a gente estruturar o currículo da importância da atenção primária é muito importante, porque isso, isso é estruturante para aquele aluno... (P2)

... eles já percebem também como é que é difícil exercer a Equidade... (P2)

... percebem isso, talvez com uma certa angústia no início, ... (P2)

... eu acho que eles já percebem isso, talvez de uma maneira um pouco angustiante, né? Tipo "tá, mas quando é que eu vou aprender a ser médico? Quando é que eu vou aprender a ser médico". (P2)

E eu acho que eles saem desse tempo com um olhar muito mais reflexivo sobre a realidade, né, de que existem realidades múltiplas e que eles precisam atuar conforme determinantes sociais: étnicos, de gênero, de classe, eu acho que eles têm uma percepção muito grande sobre isso, talvez o primeiro semestre seja um semestre em que isso cria uma angústia muito grande no sentido de "ah não, isto não tá certo", ... (P2)

E entender isso, sabe, de que existem múltiplos problemas, múltiplos fatores e, e que as pessoas estão inseridas em suas famílias, suas comunidades, com sua cultura, com sua dinâmica própria, isso também é uma coisa interessante, dele perceber, às vezes ele fazer esse link, que eu só fui fazer na residência, praticamente né, ... (P2)

... eu acho que isso amplia muito o olhar deles, inclusive isso reflete assim, de novo, deles reconstruírem, ressignificarem "qual que é o meu papel enquanto médico nessa situação", eu acho que eles estão sempre ressignificando, é uma coisa que eu vejo muito eles fazerem assim, ... (P2)

... eles agora estão jogando a pergunta para eles conseguirem responder mesmo, né? (P2)

... no âmbito dentro da instituição já tem essa questão de formação crítica e humanística, assim, reflexiva e ética, né? Então eu acho que isso já traz uma... um ganho assim quando da implantação do curso da Medicina, ... (P3)

... nós estamos numa universalidade assim, onde que a gente tem que integrar o ser humano, assim, com o meio ambiente. (P3)

... acho que acaba sendo fundamental essa formação dos futuros profissionais para esse lado mais humanizado, assim, menos mecanicista, assim, no funcionamento do corpo humano, pra realmente tentar enxergar é o ser humano, assim, na perspectiva da realidade do processo doença, que ele vai

tá inserido dentro da sua comunidade, que é diferente, pode ser a mesma doença, só que a forma de encarar, e assim a forma como lidar com ação preventiva principalmente, vai ser diferente, né? (P3)

Eu acho que a gente expõe o aluno a outro modelo, e o aluno, ele... a gente descortina outras possibilidades, a gente descortina a possibilidade do diálogo, de uma metodologia dialógica, de uma metodologia centrada realmente no aluno, onde a gente considera como é o processo dele de aprendizagem, e eu acho que eles vão desenvolvendo. (P4)

Nós ainda temos uma questão da nossa cultura que é separar as racionalidades das emoções. (P4)

Então eu fico me perguntando se essa falta de integração entre as racionalidades, as emoções, tudo que perpassa o processo de formação, se isso não, não impacta na formação, e não traz dificuldades para gente formar dentro disso aqui, então a minha percepção que eu tenho sentido é mais ou menos. (P4)

... será que esse aluno experimenta o acolhimento durante a sua formação? Será que ele experimenta o espaço para falar do quê que ele tá sentindo? De como que que tá aquilo ali para ele, né? Então, assim, eu fico me perguntando como é que depois ele vai acolher o outro nas suas emoções, na sua fragilidade, se o tempo todo a mensagem para esse aluno foi assim: "olha, você trata de dar conta do que você tem que dar conta, suas emoções aí você se vira com ela, mas aqui nós vamos tratar da matéria, nós vamos tratar do conteúdo", (P4)

... então, como que depois ele forma e a gente fala assim: "olha agora tem que acolher, você tem que ser humanizado, você tem que entender a emoção do outro", se ele não experimentou nada disso. (P4)

... a base das metodologias ativas, ela, ela faz uma integração das emoções que perpassam o processo de aprendizagem, então a gente tá o tempo todo levando o aluno a expressar, a fazer o processo de metacognição, a expressar como é que ele tá se sentindo diante da situação de aprendizado. (P4)

... extremamente confortável o meu trabalho, porque a minha disciplina trabalha exatamente essas variáveis, o recorte humanístico, ético, determinantes sociais, essa perspectiva mais ampla, mais plural, né, de pensar o sujeito como pessoa, né, de uma forma mais integral, e obviamente eu resalto em termos de programa, e mesmo de conteúdo da disciplina essas variáveis todas, eu vejo com muito bons olhos, para mim eu vejo com perfeita consonância a proposta. (P6)

... eu sei que no meio do curso, quarto, quinto período, entra uma carga horária de disciplinas bem pesadas do campo biológico, né, de, dessa área mesmo, e aí eu não sei se a, se a chamada da minha disciplina ela vai conseguir manter a mesma, impacto. Porque como vem uma avalanche de disciplinas muito do núcleo de formação mesmo, então aí é uma coisa para se acompanhar, quer dizer no momento que eles passam por mim, a abertura a uma perspectiva interdisciplinar inclusive desconstruindo todo esse lugar do médico, como o lugar da palavra final ou chefe da equipe, nesse momento que eu trabalho eles entendem bem, e a percepção que eu tenho é de que há muita abertura para concordar, eu não sei, eu não saberia dizer se ao longo da formação posterior, mas talvez seja importante um olhar de um professor que está lá mais na frente, para dizer se se mantém. (P6)

...mas uma disciplina com esta categoria, é, que retoma parâmetros básicos de análise social mesmo, de fundamentos sociológicos, e depois entrando para as categorias da área médica, que, eu acho que é fundamental que tenha, ... (P6)

Mas a percepção que eu tenho é de que ela é fundamental, eu acho que o período que ela está é oportuno, porque já, o aluno já começa com essa abertura, eu acho que ela tem uma, uma riqueza, uma flexibilidade, quando ela coloca Sociologia, Saúde, Meio Ambiente, existe a possibilidade de migrar um pouco a ênfase conforme a variável do momento, ... (P6)

.. a percepção que eu tenho que os alunos gostam, que os alunos valorizam a disciplina. Eu acho que ela oferece também isto que eu falei, que acho que ela, ela não, ela não, tá aqui, acho que ela trabalha várias direções. Uma delas, sem dúvida é essa sensibilização, desenvolver um pouco essa, essa sensibilidade, essa capacidade humana na sua formação, na sua prática, mais ao mesmo tempo oferecer ferramentas conceituais sólidas, categorias mesmo sociológicas, éticas, filosóficas, pra que isso também tenha uma certa consistência epistemológica eu diria, não é só um exercício de sensibilização, mas é uma sensibilização com alguma lente, com alguma categoria,... (P6)

Então eu acho que tem uma conscientização deles, e eu tento conscientizá-los, deles como mediadores do conhecimento, gerando conhecimento para eles e para comunidade, ... (P7)

... então sempre me incomodou muito essa cultura dentro da Universidade, né, o Professor dominando o assunto e você sendo repositório sem poder perguntar, sem questionar, só aceitando aquilo tudo. Então assim, quando eu vi o programa, o programa não, o plano de ensino, o projeto político-pedagógico do curso, eu fiquei muito feliz, porque eu vi que poderia ser um caminho para o que eu tinha 50 anos vivenciado como escola, e que eu acho que é um modelo que realmente faz com que o indivíduo aprenda, e ele aprende a aprender, e esse aprender a aprender, hoje nós temos mais do que naquela época, muita facilidade de adquirir o conhecimento, mas precisa que você saiba aonde buscar um conhecimento que seja sólido, né? (P7)

... na verdade nestes dois primeiros anos ele não faz isso voltado para uma especialidade, então ele tenta entender o todo, o contexto, aí eu acho muito importante ele tá inserido na comunidade, não tá focado na doença, então ele tá junto à atenção primária, pensando em promoção de saúde, tentando entender quais são os determinantes para a saúde da população, ... (P8)

Acho que foi um desafio, mas eu vejo os alunos hoje, quando eu volto hoje eu vejo os alunos da T1 e da T2, eu vejo eles muito mais críticos, muito mais engajados com esse próprio, esse próprio processo de aprendizagem nele, e eu reconheço que isso é fruto do que a gente desenvolveu nos dois primeiros anos, né, essa capacidade de reflexão, de síncope (síntese), de análise crítica, é, é fruto deste trabalho, de processo centrado no aluno, da utilização de metodologias ativas aí. (P8)

Então, a pesquisa qualitativa na Saúde, ela ela tem muito esse propósito, né, de enxergar digamos assim, a pessoa de uma forma geral, no âmbito aí social, físico, emocional e buscar compreensão, né, dessa pessoa, desse indivíduo em relação ao seu processo de saúde-doença, então é ali que se entende o significado da, das coisas, né, para pessoa. Então eu acho que essa disciplina ela casa muito bem com esse artigo, porque, é, dá essa possibilidade para o aluno, né dele pensar no que significa, né, a saúde para aquele indivíduo, o que significa a doença, o processo de adoecimento, não só para aqueles indivíduos, mais pra sua família, enfim, as pessoas que estão ali no entorno dele. (P9)

Então eles acabam entendendo a, o objetivo, né, entendendo a importância, né, desse olhar para pessoa, nesse olhar mais amplo pra pessoa, na formação deles e eles acabam escolhendo projetos de metodologia qualitativa. (P9)

E aí eu sempre pergunto pros alunos que que eles acham, né, essa turma T1, a T1 e a T2 são turmas muito críticas, né? São alunos muito bons e muito críticos, então eu dou muito valor na opinião desses alunos. (P9)

Eu vi bem esse, esse movimento aí dessa responsabilidade, tanto com a saúde integral, quanto com o ser humano, quanto com este indivíduo, nessa visão mais específica, e essa, essa questão bastante ética, humanística, reflexiva. (P10)

Nós mudamos de um modelo daquele aluno passivo, né, daquele aluno que simplesmente baixava a cabeça pelo, quando o professor dizia para ele o que que ele deveria fazer, e caminhamos, né, evoluímos para um aluno agora totalmente diferente que a gente quer formar, que realmente critique, que faça auto-reflexão do seu aprendizado, que tenha uma postura ética mesmo, diante de todos os seus atos, entre os seus colegas, entre os seus colegas de trabalho, entre os seus professores, né? (C)

... que é um grupo que já entendeu que faz parte desse processo que ...E aí eles trazem para a aula busca sensacionais, de artigos atualizados, de individualização, ele consegue pegar uma medicina baseada em evidência e aplicar naquela pessoa, não, não, não na doença e sim naquela pessoa. São sensacionais. Existe, ainda, uma facção ainda pequena que ainda não entendeu o processo, que ele ainda tá ainda limitado, né? Eu acho que o avanço ainda é muito grande, e eu acho que nós vamos conseguir é que a grande maioria entenda esse processo. Não na totalidade, não na totalidade, por mais que a gente apoia alguns alunos, eles não saem, o perigo é que esses alunos às vezes numa situação de estresse contaminam alguns, e criam um certo desconforto, né, mas eu ainda vejo esse crescimento desse aluno que entendeu. (C)

E tanto é que os próprios alunos agora que fazem essa reflexão, eles escrevem que "eu fui para a UBS, fiquei frustrada, porque, fiquei o dia todo lá, eu não vi nenhuma doença, depois eu fui entender que eu tava nessa fase do ciclo para entender o processo de doença, né? A prevenção da doença. Eu tô no outro formato, eu vou ver doença lá na frente", né?

...o paciente como um todo e esse doente inserido no meio e inter-relacionando dentro do próprio meio... outros já entenderam o contexto, né, e esses avançam mais, mas eu percebo que estes estão

com outra visão, né, entenderam o contexto, entenderam a importância do conhecimento da, do seu cenário de prática, das políticas que gerem isso, do sistema de gestão. (C)

Então significa que nós formaremos sim profissionais muito melhores nessa visão, nessa visão de centrar, né, no paciente, de ter autonomia, de ser crítico, ah de ter empatia, né, de conhecer uma realidade. Porque que o medicamento dele não funciona, porque na verdade existe um contexto familiar, né? Enfim, essa visão desse profissional proposto nas DCNs, nós conseguiremos sim. Isso está solidificado, nós vamos ter que ter uma fase agora de cuidado, onde aparecerão as especialidades, e alguns profissionais que não estejam no mesmo nível de vibração desse entendimento, mas, eu entendo que essa contaminação ela vai ocorrer de maneira transversal, ... (C)

... nós temos que ter o cuidado com a pessoa, e não com a doença, centrado na pessoa. Então isso é muito claro, eles têm isso com muita facilidade, né, pelo contrário, quando caminha com uma visão fora disso, eles mesmos já trazem isso. "Olha professor, mas e essa visão assim, assim, centrada na pessoa?" Eu acho que isso é fruto da gana (??) desses professores que estão inseridos no curso, que tem essa visão. (C)

Eles passaram a enxergar sob esses mesmos olhos, eu acho que esse Artigo 5 talvez seja o que mais seja contemplado no momento. Eu ainda tenho um pouquinho de ressalva porque aparecerão disciplinas ainda mais técnicas, né? As especialidades aparecerão, poderá tirar um ou outro aluno desse foco, mas o ideal é que a gente mantenha isso, né? Fazendo reforço a cada ciclo do curso, né, nós temos três ciclos, reforçando isto para que ele não perca no, nesses seis anos essa visão centrada na pessoa. (C)

**Q2 - Nestes dois primeiros anos de implantação do curso de medicina, quais as potencialidades identificadas e as dificuldades (desafios) para efetivamente promover a formação dos acadêmicos à luz destes artigos das DCN 2014?**

**POTENCIALIDADES**

... quando eles são inseridos no serviço, tipo assim, é comprovado, né, que quem tem integração de serviço ensino, né, saúde-ensino, eles melhoram a parte do atendimento, força todo mundo a estudar mais, a equipe como um todo e eu acho que acaba que todo mundo, tipo assim, tem uma motivação, por que aluno pergunta, aluno questiona, aluno quer saber, então eu acho que melhora não só pra eles eu acho que pro serviço também tem um ganho bem grande. (P1)

Eu acho que, na verdade, a população de início acha ruim, mas depois ela vê que tem uma melhora no serviço. E aí eles recebem, aceitam numa boa. (P1)

... e o aluno ele tem uma coisa boa, porque assim, ele está novo ali, ele tem aquela energia nova sabe? Então ele quer fazer, ele quer mudar o mundo sabe? (P2)

... sabe, isso também torna a equipe com um afeto maior com os alunos ... (P2)

... a minha relação com os meus alunos é muito diferente da minha relação com os meus professores, eu não tinha acesso a nenhum professor. (P2)

... e eu acho que aqui a gente tem uma proximidade, né? Talvez seja coisa do interior, né, mas uma proximidade muito grande com eles, e eu acho isso faz parte do próprio processo de formação, que é um processo mais horizontal também. (P2)

A gente... os alunos, eles têm que ter algum protagonismo de fazer atividades. Então eles se envolvem muito nas ações da Comunidade. (P2)

... eu acho que a gente se fazer isso logo no início, a gente manter essa interdisciplinaridade o tempo inteiro, a conversa entre os cursos, entre as disciplinas, né, e se vê que são conversas muito horizontais, né? Isso tudo do ponto de vista docente, né, você vê que não tem uma disciplina maior do que a outra, não tem "ah, não, a anatomia é a rainha dentro do Ciclo Básico", não, "a semiologia dentro do ciclo ...", não, tá, todas elas, olha todo mundo aqui tem algo a oferecer, todo mundo aqui tem que costurar uma coisa com a outra. (P2)

Bom, na minha comunidade eu tenho percebido que os alunos, eles são muito bem recebidos pelas pessoas, acho que as pessoas até talvez, até pela carência, né? As pessoas têm uma necessidade de cuidado muito grande, principalmente as crianças. A gente tem uma vulnerabilidade social de criança muito importante lá e você vê os alunos participando. (P2)

... acho que para todo mundo do corpo docente ainda também tá procurando o seu ajuste em cima dessas metodologias, encima de todo o processo, é, mas assim, o fato do querer fazer por parte do corpo docente de implantação de metodologias ativas, de, de ter essa questão da interdisciplinaridade, de levar esses alunos para essa formação humanística e trazer a problemática que eles estão vivenciando dentro das unidades básicas de saúde para dentro da sala de aula, assim, eu acho, isso é...extremamente...um ponto extremamente positivo, e que realmente pra esses estudantes no seu diferencial para eles enquanto no mercado de trabalho, ... (P3)

... na mentoria eu tenho muita chance de levá-los a refletir sobre esses artigos aqui. (P4)

Então eu procuro na minha disciplina expor muitos alunos às diretrizes curriculares, e eu, eu trago as diretrizes curriculares às vezes nas sessões de mentoria quando eles começam, quando o negócio começa a alvoroçar, ... (P4)

Nós temos a disciplina dividida funcionando em grupos, e nós temos facilitadores não médicos, nós temos facilitadores de outras profissões. Então, isso eu acho que já foi mais forte, agora essa forma, esse formato de um grupo de alunos de medicina ter discussões, ter atividades em grupo e o facilitador não é médico, mas aqueles alunos começam a ver a potência de atuação de conhecimento daquele profissional, então eu acho que isso já contribui de uma forma mais forte para essa, para o fortalecimento dessa visão do trabalho interprofissional, ... (P4)

Então os alunos também foram expostos à competência de outros profissionais da saúde falando sobre o seu trabalho e mostrando, né? Eles conseguiram ver que o trabalho de outros profissionais tem um impacto enorme na saúde realmente. (P4)

E uma outra experiência também muito importante que a gente tem tido é de formar alunos em metodologias ativas. Então na nossa disciplina os monitores, eles, a monitoria da nossa disciplina implica numa formação em metodologias ativas. (P4)

... é oportuno até ressaltar que uma das características do curso nosso aqui em Poços, são várias inovações, né, e uma delas é exatamente essa de colocar o aluno no contexto prático, já desde o primeiro período. É, isto facilita muito o trabalho, a abordagem que eu faço por exemplo porque ele já vem de uma, de uma experiência ali, num contato de um cenário social que provavelmente não fosse o cenário deles, quer dizer provavelmente são alunos que vem de um contexto familiar mais, é, com menos carência e talvez um contato de um ambiente hospitalar até através de convênios privados, então eu acho que é muito rico eles terem esse contato, e por exemplo, estes conceitos especificamente, eles estão previstos na minha disciplina, então uma das unidades é exatamente trabalhar esses paradigmas novos de saúde né com relação ao processo saúde doença, determinantes sociais de saúde, são categoria, para mim fica muito mais rico, porque quando eu falo da categoria, eles vem de uma experiência, de uma percepção lá, de uma UPA, de um PSF, de, e trazem esta experiência,... (P6)

... eu acho que existe um ambiente institucional que é muito voltado para essa formação humanística, que de alguma maneira acaba colocando o corpo docente todo ou em sintonia com isso, ou de alguma maneira ele não vai ter muito espaço institucional, ... (P6)

... porque é um contexto institucional que de alguma maneira já convoca para o lugar do social, do ético e do humanístico. O projeto (da IES) e sobretudo o projeto do curso de medicina que seguiu essas diretrizes e trouxe estes parâmetros, estes paradigmas que foram mudando, o projeto (da IES)ele, ele já de alguma maneira, ele já impõe que a pessoa se abra para essa perspectiva, ... (P6)

... mas a maioria de fato faz parte de um segmento social de classe média, média alta, então realmente vem de um cenário, mas fui surpreendido com a plena acolhida dos alunos, uma abertura muito grande aos temas, ... (P6)

e inclusive teve alguma ou outra situação alunos que até fizeram depoimentos e avaliações no final do semestre, que começaram com alguma resistência, mas que concluíram extremamente sincronizados com a proposta, ... (P6)

Eu diria que no caso específico nosso, que nós tivemos as duas primeiras turmas, que pegou um perfil de aluno que vinha se preparando há mais tempo, alguns deles já até com alguma formação, então eles tiveram diferencial específico em relação às outras três que a gente trabalhou, e aí com uma sensibilidade social, uma sofisticação mesmo, eu diria de compreensão dos fenômenos sociais, diferenciados, como eu nunca encontrei na minha trajetória escolar, inclusive em cursos da área de humanas. (P6)

... o que, o que tem facilitado muito o trabalho nosso, no meu caso especificamente, é que eu não me sinto isolado, né, porque um professor que dá essa disciplina e fala pro aluno da importância de um trabalho interdisciplinar, e de um enfoque horizontal, com vários, vários olhares, né? É, se eu dissesse isso isoladamente não sentindo uma retaguarda da instituição e do projeto pedagógico, o que facilita muito o meu trabalho, é que, até onde eu percebo é a equipe toda de professores tá trabalhando nesse sentido, então eu diria que muitos colegas, muitas professoras, às vezes professoras da área médica, de alguma maneira, é, tem um reforçamento da contribuição que a gente pode dar, então isso facilita muito porque a gente se vê legitimado por todo o grupo, ... (P6)

Além dessas duas disciplinas, eu acredito que o que favorece é que o curso, ele vem sendo construído com diferentes profissionais. Então, nós temos em sala de aula professores médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, veterinários, essa diversidade de profissionais apoiando os alunos, filósofos, né, também, dão esse entendimento interprofissional. (P8)

... a gente tem uma facilidade, o projeto pedagógico do curso, ele foi construído em cima das DCNs de 2014, então isso é um forte, que a gente tem, é uma potência o projeto já estar construído na, encima das DCNs de 2014, entretanto, os nossos professores, a maior parte deles foi formado numa escola anterior a essa. (P8)

... já tínhamos algumas disciplinas carro-chefe, totalmente voltadas para o ensino centrado no aluno, e algumas ainda um pouco mais atrás. Então a gente vem acompanhando essa evolução de transformação das, das unidades, da maneira com que o projeto vem sendo implantado aí, ascendente, até assim na, na maioria das disciplinas, eu já vejo um apoio maior, um ensino centrado mais no aluno, tentando entender, ouvir um pouco mais o que que ele quer. Trazer a demanda do aluno para que aí a gente desenvolva o conteúdo. (P8)

Então eu vejo isso de uma forma, de uma forma muito saudável e de uma forma muito produtiva até para o futuro médico, né ele ter a certeza de que ele tem uma rede de outros profissionais que contribuem de uma forma muito, né, muito importante para a saúde das pessoas. (P9)

O PET Saúde, ele trabalha com a interprofissionalidade, e nós temos muitos desafios para fazer esse link, junto às unidades básicas de saúde. (P10)

Porque fazer essa relação com a unidade básica de saúde, trazer essa interprofissionalidade dentro de um currículo da Medicina, isso vai crescer muito. Pra comunidade, pro indivíduo, e pra nós profissionais, né? (P10)

Eu acredito que, é, tem um processo de construção, todos os professores estão se mobilizando para fazer esse caminho no sentido da aprendizagem, no sentido das metodologias ativas, no sentido da construção do aluno, de colocar o aluno como, é, como aprendiz mesmo, né, nesse processo todo, de construção, então de se fazer essa participação ativa do aluno. (P10)

Essa interprofissionalidade, eu acho que a partir do momento que nós começamos a inserir outros movimentos, outros profissionais, outros olhares, eu acredito que a partir daí que os alunos começam a ampliar o olhar também, e isso aconteceu na disciplina, né, que eu estava. Então nós tivemos outros profissionais, tivemos outros, outros olhares, tivemos, é, os alunos ouviram isso, eles entenderam, né, eles, eles trouxeram essa experiência como gratificante também pra esse olhar. (P10)

Como facilidades, né, a gente vê os alunos com maior alegria, com maior entusiasmo, por ver... eles já se sentem alunos de medicina propriamente dito, porque ele já tem aquele contato com o paciente, então isso é muito bom. (C)

Olha, é, o trabalho interprofissional é o que a gente mais tem tentado. Nós corremos muito atrás, estamos desenvolvendo um projeto PET, um trabalho interprofissional, onde nós temos os quatro cursos de saúde da Universidade juntos, que é a fisioterapia, enfermagem, a medicina e a psicologia, ... (C)

Nós fizemos questão que o curso tivesse a presença de outros profissionais não médicos nessa formação. Hoje eu vejo com muita clareza esse formato, hoje nós estamos com 3 anos, onde há sim uma resistência por parte do aluno, que ele acha que quem tem que ensinar, por exemplo, para ele fisiologia é o médico, se por exemplo o fisioterapeuta ou enfermeiro não poderia ensinar, exemplo a fisiologia, exemplo anatomia. Então há uma resistência sim, mas a gente vê que essa resistência vai sendo vencida, quando esse professor é capacitado, é engajado, esforçado, ... (C)

## DESAFIOS (FRAGILIDADES)

...hoje a formação do Brasil a gente vê que tem aquela coisa do perfil do médico brasileiro ser jovem, branco, rico... (P1)

...a maior parte dos alunos eles são ricos... (P1)

Na primeira reunião que a gente tem, a gente pergunta muito assim, “quem aqui já utilizou o SUS?” É uma minoria absoluta. Assim: “Quem já foi no posto de saúde?”. Nenhum praticamente, é tudo novo, máximo que foi porque foi levar alguém, ou porque foi vacinar. Se foi, mas na hora que entra na prática mesmo, que eles vão ver o que que é, mas a maior parte nunca... nunca usou o SUS de forma nenhuma. Apesar da gente ter 160 milhões de brasileiros que utilizam o Sistema Único de Saúde (risos) essa parte da Medicina não faz parte desse, desse montante. (P1)

... eu acho que a única pessoa que pode ensinar para o médico qual é a sua função é você”, eu acho que a gente tem muita coisa do ato médico que eu questiono, que eu acho que tem muita coisa de defesa de mercado, porquanto a gente não saber o que que é a função do outro profissional. (P1)

...eu acho que uma fase ótima pra gente vê isso, talvez seja essa, acho que hoje em dia a gente tem muita rixa entre categoria... (P1)

...o interprofissional para mim é a parte que é mais importante, que é a equipe, sozinho ninguém faz nada. Eu acho que ensinar isso pro aluno é fundamental. Mas eu acho que o problema é que esses profissionais têm de querer isso também, né? (P1)

Tem uma, um período ali que eles questionam, que eles falam assim “ah eu vou aprender com enfermeiro?” Tipo assim “eu tô fazendo medicina”... (P1)

... este questionamento eu vejo muito mais como uma ansiedade deles em ficar vendo consulta, consulta, consulta, do que um, do que um rechaço, do que uma negação de ficar um pouco com o enfermeiro. (P1)

Eu acho que a fragilidade maior que a gente tem, do ponto de vista do curso seria a própria rede de saúde, sabe? Eu acho que isso é uma fragilidade. Mas é isso que tem, é aquilo, a gente tem que sair desse modelo encastelado de Hospital Centro Universitário, porque isso não é a realidade, você cria eventualmente profissional frustrado que fala “ah, mas na minha faculdade não era assim, na minha residência não era assim, tudo não funciona no resto do Brasil”... não funciona e você tem que aprender assim, não pra se conformar, mas para você entender que tem um desafio todo santo dia. E é isso que você tem que, que aprender. (P2)

... e os alunos têm que entender isso, e até para eles poderem propor soluções ao longo desses seis anos, porque a estratégia de saúde da família tem um monte de problema. É problema atrás de problema, e eles têm que entender que a gente tem que lidar com isso, não é? Não é um mundo ideal dentro da academia. Não, você tem problemas graves, tem questões de discussão política, discussão de recurso, várias questões de poder e você tem que lidar com isso. Isso por mais que seja uma fragilidade, isso é necessário, isso torna a formação mais real, a gente coloca isso de uma maneira real, a gente tá formando o profissional para o SUS, o sistema único de saúde, né? Que ele abarca o sistema privado, o sistema privado ele é complementar ao SUS, mas a gente tem que formar as pessoas pro SUS, que é pro grosso do que a gente vai atender, é cuidar das pessoas, ... (P2)

As pessoas vêm de perfis sociais diferentes, a gente tem uma universidade que ela tem um custo, que não é acessível para todas as pessoas, então o público que frequenta ela é um público diferente do público que, por exemplo, eles estão prestando assistência... (P2)

... e isso muitas vezes eu acho que é, que é chocante para eles, tem um impacto muito forte... (P2)

... eles penetraram em unidades com perfis muito diferentes né, de classe média e muitas de classe baixa, assim com bastante necessidade, com uma vulnerabilidade alta e isso é muito visível, então eles percebem que o processo, pelo menos eles têm se dado conta de que o processo de saúde e doença não é tão simples quanto “toma um remédio”... (P2)

“Nossa, eu não tinha idéia do que um agente de saúde fazia”, boa parte, de novo, a questão do recorte social do curso, muitas vezes estes alunos nunca tiveram contato com um agente de saúde. (P2)

... quando ele vai receber o aluno tem algumas, tem algumas dificuldades, mas o ponto que a gente sempre, que eu sempre levantei com eles era justamente sobre a importância de eles participarem da formação desse profissional. A gente reclama muito que o médico é um ser muito soberbo, e isso não



é à toa, não é à toa, eu não vou dizer que isso é mentira porque existe. E aí que tá a chance de você trabalhar uma geração. (P2)

Tem questões de remuneração, questões formais de remuneração, muito embora o SUS diga na sua legislação de que o SUS é um campo de ensino em serviço também, então entre muitas aspas "Você tá lá também para ensinar e para aprender, mas está lá para ensinar e aprender", é... as pessoas... isso também é uma coisa que incomoda, eu acho que a gente sempre tem que trabalhar a questão da gratificação. Seja com remuneração financeira, que é importante, ou seja como valorização em termos de, por exemplo, de uma contrapartida de curso de formação, isso é importante, é... formação específica, educação continuada, tudo isso é importante ser oferecido, ... (P2)

... minha formação é aquela formação típica tradicional do professor como passando a informação e o aluno sendo receptor. Então tá, como dito também, assim, foi um grande aprendizado e eu estou também no processo de construção do saber como melhor usar as ferramentas das metodologias ativas, pra conseguir centrar cada vez mais nesse aluno enquanto detentor do, da informação para transformar em conhecimento. (P3)

... acho que o grande desafio é realmente a gente tentar fazer esse ajuste, assim em termos de tempo, em termos de volume de matéria, porque do próprio docente a gente vem com essa coisa de eu "tenho que dar isso (riso), eu tenho que, minha aula vai ter que render,... (P3)

... mas esses outros profissionais, os outros docentes, e muitas vezes os docentes médicos, também foram formados antes disso aqui, eles foram formados em outro modelo (sobre as DCN 2014) (P4)

... nós estamos tentando passar uma formação acima destas diretrizes, mas será que nós todos não precisávamos também passar por uma formação dessas diretrizes, e discutir melhor isso, ... (P4)

...a nossa sociedade é competitiva, o nosso modelo de Universidade é competitivo e a própria Universidade instiga neles a necessidade da nota, a necessidade de a idéia de que na hora que você formar, você vai concorrer com um monte de gente numa prova de residência. Então o aluno começa a ficar pilhado. Então ele fala assim, "não, é lindo que aqui nesta disciplina a gente aprende que todos tem o seu valor, e tudo, mas depois a gente fica achando que não é bem assim, que na hora da prova da residência vai contar a nota, vai contar o currículo", pronto, e aí parece que aquilo tudo que você tentou desenvolver, eu fico me perguntando, até que ponto não vai por água abaixo, quanto daquilo ali se se se sustenta a partir do momento que nós estamos numa sociedade competitiva, e numa sociedade que cobra, e o aluno começa a ficar apavorado, e que "eu vou ter que fazer prova de residência que eu, a minha nota", e toda, muitas coisas que ele vai fazer dentro da Universidade, os que tem melhor nota vão ter mais chances, vão ter mais portas. Então, eu acho que a gente vive assim um certo antagonismo, porque a gente quer desenvolver determinados tipos de valores, mas dentro de uma sociedade onde isso não tá pleno, né? (P4)

Modelo de médico que eles têm em mente é diferente disso, ainda vem com a sociedade ainda tem um modelo assim, "não, isso aqui é coisa do médico", "não, esse aqui é coisa do assistente social", ainda tem aquela coisa muito dividida e o aluno que a gente recebe, ele é dessa sociedade. (P4)

Então, eles vão entendendo, que tem outros profissionais que precisam atuar, e que essa atuação de todas as profissões é o que vai nos, nos levar a melhores resultados. (P4)

... o médico é visto como a figura mais importante da assistência à saúde. Então nós ainda lidamos com isso. Nós ainda lidamos com uma certa pouca valorização dos outros profissionais. É como se "olha, uma equipe de saúde, se não tem médico, então não dá para fazer nada". Eu, eu acho que uma equipe de saúde não pode prescindir de nenhuma das profissões mesmo, né? (P4)

Os outros profissionais olham para o médico de baixo para cima. Olham para o médico como alguém que está acima dele. Então essa relação horizontal, eu não vejo isso muito presente, eu acho que na nossa cultura o modelo que nós praticamos ainda é de ter o médico como a figura mais importante da equipe. (P4)

"Médico é que tem de dar aula para médico, como você vai ter aula com um profissional que não é médico?" Então lá na equipe, não, eu não vejo ainda essa relação horizontal. Eu não vejo essa valorização de todas as profissões, e essa valorização não existe é porque, fica difícil o, o dinheiro ele modifica muito essa relação. Então você tem numa mesma equipe um médico, uma enfermeira, um psicólogo que atua lá, e o salário do médico é sempre muito maior do que o salário dos outros profissionais. Então você já começa a fazer uma distinção de importância, à medida em que existe uma discrepância salarial muito grande. (P4)

Então eu fico me perguntando assim, como é que a gente vai ter essa equipe, um olhando para o outro, essa relação horizontal, assim, todo mundo valorizando todo mundo, se antes de tudo isso a gente já tem uma discriminação salarial? (P4)

Quais são as reflexões que ele faz diante das situações, então, e o aluno a gente vê, ele, ele costuma ter uma resistência, e essa resistência a gente procura acolher, porque ele chegou esperando que a gente ia lá no quadro, ou então nos slides, e a gente ia dar uma aula, a gente ia passar conhecimento para ele, ... (P4)

... ele vem de um modelo em que a pessoa que possui o saber chega lá na frente e passa esse saber. Então o aluno, ele, ele resiste, mas a gente precisa acolher essa resistência e entender que é assim mesmo, que ele vem de um outro modelo, ... (P4)

... uma crítica que eu faço ao projeto é que há muito pouco tempo para certas disciplinas básicas, e muito tempo para outras disciplinas que não são tão básicas assim. E isso os alunos percebem nitidamente. (P5)

Olha eu ainda vejo, eu sinto nos alunos, uma opinião assim mais centrada no médico. Sem dúvida, pelo simples fato de que é ele que é responsável pela propedêutica, responsável pelo diagnóstico, e responsável por propor uma terapêutica. Acho um pouco difícil tirar essas atribuições do médico, porque tem um simples fato que ele foi formado para isso. (P5)

Ah, uma metodologia...Claramente uma Metodologia mais clássica. Eu não sou daqueles que jogam o passado no lixo, não, sabe, eu acredito muito no que me foi ensinado. Eu me considero um eterno aluno. Considero muito o que me foi ensinado, da forma que me foi ensinado...Essa é a minha opinião. Pode ser uma opinião conservadora, mas isso é apenas um nome, não tem nada de conservadora, ... (P5)

Agora, eu faço uma leitura pessoal assim, eu acho que quando a gente chama metodologias ativas tem, talvez tenha várias questões implicadas aí, às vezes me preocupa um pouco assim no debate Nacional de que o conceito de metodologia ativa, é um pouco do que eu já tinha antecipado na resposta anterior, que o conceito de metodologia se reduza, caia num reducionismo tecnicista,... (P6)

Porque é uma disciplina muito fácil para os alunos confundirem e achar que é uma espécie de roda de debate. Em geral, qual que é a tendência dos alunos, imaginar que uma matéria dessa é uma perfumaria do curso, então vamos fazer uma roda e debater sobre os problemas do país, este talvez seja o grande risco da disciplina, ela virar uma espécie de momento de debate, não é essa proposta, quer dizer, eles têm que entender, e eu acho que tão entendendo, que ela traz um instrumento científico mesmo, que as evidências científicas não é uma variável só biológica. Que as evidências científicas é uma variável social também, tem correlação entre um tipo de violência, um tipo de adoecimento e casos sociais, ... (P6)

... eu tento mostrar para eles também que a gente não tá na posição do professor que sabe tudo, que vou passar tudo para eles, não é por aí, se eles têm que, se eles ainda buscam, eu vejo que eles ainda buscam muito em mim esse, esse apoio do professor antigo, né? Eles querem que eu dê a coisa pronta, mastigada já para eles, ... (P7)

"Ah, eu lutei muito para chegar até aqui, eu já, eu já tô meio superior aos outros alunos dos outros cursos, ou mesmo alguns da minha sala, né? Eles vão tentando se estratificar muito, e se cobram muito, então eu tento trazer-los pra uma realidade, ... (P7)

Eles têm muita dificuldade com essa liberdade. Então eu acho muito bom poder perguntar, e eles poderem questionar e ir atrás e buscar. E a gente vê que eles muitas vezes estão conseguindo voltar já para o final de semestre, já estão conseguindo voltar com informações que eu não tenho. (P7)

...e a gente vê que é o problema, que não é falta de vontade da gente, nem deles, é porque eles não aprenderam lá atrás como é que eles tinham que buscar o conhecimento, foi ensinado para eles no sistema convencional do Ensino Fundamental e Médio a trabalhar desse jeito. E a gente ter de lidar com eles agora no ensino superior, querer que eles mudem toda essa forma né, isso é trabalhoso, precisa de horas e horas do curso, né, mas eu acho muito motivador. (P7)

Eu escolheria ter trabalhado numa forma linda, multidisciplinar, e que a disciplina não consegue porque tem esse engessamento que é essa quantidade de trabalho, trabalho que tem que ter obrigatoriamente tantos pontos, e levar em conta é, é gozado isso porque o curso exige que eu seja conteudista quando

o discurso do curso é o oposto. Então eu tenho que dar conta daquele conteúdo, a minha prova tem que ser teórica, aí eu tenho que ter tantos pontos teóricos, tantos pontos de trabalho. (P7)

Embora eu entenda que, não só na medicina, mas nos outros profissionais de saúde, essa abordagem interprofissional ela ainda é frágil, a partir do momento que não temos disciplinas compartilhadas, e que efetivamente tenhamos alunos de diferentes cursos, e professores de diferentes áreas trabalhando no mesmo cenário, então eu acredito que a gente já avançou muito nesses últimos anos, mas a gente tem que avançar ainda mais. (P8)

Bom, eu acredito que esse tem sido um dos principais desafios para, pro nosso curso, né? Por quê? A maioria dos professores, eles vêm de uma escola onde eles foram formados, é, no ensino centrado no docente, né? O docente falava e o aluno escutava. Então, a gente está no processo de transição... (P8)

... eu confesso que é um eterno desafio do professor, é, desenvolver práticas centradas no aluno, porque depende bastante do aluno, é claro que depende de estratégias do professor de motivar, de engajar o aluno, mas tem vários alunos nossos que eles pediam para você dar algo. Ele queria que você desse algo. Uma aula expositiva! Então, às vezes é desgastante convencer o aluno que, que você não vai passar tudo mastigado pra ele, você pode até dar um norte, mas ele tem que buscar a informação. (P8)

... eram duas turmas, duas turmas com visões diferentes, isso ficou muito pronunciado naquele primeiro ano de curso nessas duas primeiras turmas. Então tinha uma, uma vertente do curso dos alunos querendo metodologias ativas cem por cento, e outros buscando se apegar à metodologia tradicional. (P8)

Me parece, me parece que isso ainda está um pouco lento, né? Tem alguns projetos que eu sei, né? Não sei detalhes, mas tem alguns projetos de extensão, tem o PET, né, que tem essa, esse trabalho interprofissional, mas eu acredito que ainda, tem as disciplinas né, como a IRCE, eu sei que faz muito esse olhar, né? Mas, me parece que isso ainda é algo que precisa ser, ainda, é fortificado no curso, esse trabalho interprofissional. (P9)

Eu ainda, eu ainda acho que, é que isso é histórico, né? Ainda tem aquela visão muito do médico né, num patamar ainda, né, superior, né, como ali o, a pessoa que obtém ali o principal conhecimento e deve tomar as principais decisões. E aí os demais profissionais numa, numa escala um pouco mais inferior, eu ainda percebo isso. (P9)

Mas essa Integração, eu acho que ainda tem, até, por exemplo, os alunos não se integram muito, né. Os alunos de outros cursos ainda não são muito integrados, né? Então eu acho que precisa ainda fortalecer esse vínculo, sabe? ...Então, é difícil você integrar, não é fácil, né, dá trabalho, isso gera conflitos, né? (P9)

... , mas eu acho que ainda tem muito que evoluir, então por exemplo, é, uma disciplina como a IRCE, né, que trabalha dois, três professores. Isso não é uma realidade na Instituição, isso é um caso muito específico, na Medicina isso ainda tá muito aqui, pautado aí nas DCNs, mas em outros cursos não. (P9)

Então eu acho bárbaro isso aqui, sabe, mas eu acho que nem nós, professores, e nem os nossos alunos, né, talvez estejam, é, não preparados, mas com, não é um preparo que eu quero dizer, mas com essa, digamos com essa disposição, sabe, pra ser, pra ser aí o líder da sua aprendizagem, entende? Eu acho que alguns alunos vão muito bem, eu acho que outros ficam meio perdidos, assim. Acho que outros tem que, tem que, tem que ter alguém ali sempre pra, pra tá com eles, né, ... (P9)

Eu ainda acho que eu não consigo fazer totalmente, é, eu não sei se eu consigo colocar o aluno nesse centro daí, da, da aprendizagem dele, ... (P9)

A PUC Minas ela tem um sistema de ensino totalmente tradicional, né, com conteúdo, disciplinas bem segmentadas, as cargas horárias, né, que não permitem a flexibilização. Então eu acho que existem essas dificuldades pelo próprio sistema, pelo próprio regime da instituição, né, é, que é tradicional... (P9)

Os meninos ainda vêm muito preso ao modelo biomédico, ao modelo centrado no médico, a essa dificuldade de ter essa inter-relação. Mas, eu vejo alguns já caminhando para esse processo de querer saber o que você, o que o outro profissional faz, de querer trazer esse engajamento, e de querer fazer todo esse processo. (P10)

... eu acho que cada aluno ele tem o seu momento. Porque não são todos os alunos que apreciam esse, esse formato, não é? (P10)

... e o professor ele, ele não é um, um... quem vai inserir o aprendizado dentro da cabeça daquele aluno. O processo de aprendizado surge de dentro para fora do aluno. Só que alguns alunos ainda não estão totalmente entendidos desse formato, ainda há o formato de alguns alunos que "eu preciso daquele professor para ele me mostrar o que que eu tenho que aprender", "o senhor pode resumir para mim?", "adorei a sua aula, professor, agora você pode resumir para mim o que que eu preciso saber", né? Isso é muito comum, ele não conseguiu dar o passo ainda que a aprendizagem é dele. (C)

... por mais que a gente apoia alguns alunos, eles não saem, o perigo é que esses alunos às vezes numa situação de estresse contaminam alguns, e criam um certo desconforto, né, mas eu ainda vejo esse crescimento desse aluno que entendeu. (C)

.. este artigo a gente ainda tem que caminhar muito. Eu acho que ele é o cerne, se nós entendermos que o processo está centrado nele mesmo, e o professor entende isso, mas até o professor tem dificuldade. Porque na hora que ele começa a transferir aprendizagem para o aluno mesmo, e só fazer o processo facilitador, há um processo de, de pressão, de angústia. (C)

... outros pensam na formação geral, mas com um certo receio do campo de trabalho, porque talvez o país não esteja preparado tão bem pra inserir esse médico generalista, e aí ele pensa um pouco, ele acaba recuando e indo para uma especialidade, porque ele acha que a especialidade ele teria talvez um mercado de trabalho melhor, uma questão financeira maior. (C)

Isso traz o efeito colateral de alguns alunos, ainda não totalmente preparados para isso, ainda é, emocionalmente frágeis diante de alguns conflitos, de alguns dilemas, de alguns sofrimentos. Então essa é uma crítica que pode ser tecida do sentido que, será que a inserção tão precoce ainda, com aluno um pouco imaturo, poderia causar alguns danos emocionais ou não? (C)

A gente percebe em alguns alunos mais frágeis a dificuldade de caminhar quando ele tá, ele vê precocemente o sofrimento do ser humano, e no passo que no modelo normal, ele veria mais lá na frente, mas a gente percebe que isso é transitório, e ele vai criando elementos para essa solidificação, e como o curso ainda tá no início eu não tenho essa resposta. (C)

... tivemos problemas pontuais, dependente de uma ou outra unidade de saúde, e normalmente esse problema era pontual, onde já havia conflito daquele professor médico da graduação, com a própria equipe, então, nós inserimos um aluno onde já havia um problema para ele, e aí esse problema ele era transferido aos alunos, e ao passo que as equipes onde havia harmonia entre todas as equipes, o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, a inserção do aluno foi feito de uma maneira assim, extremamente boa, né? (C)

Nós tivemos dificuldade de escolher a unidade, tem unidade que não aceitou trabalhar no formato interprofissional. Ela prefere ainda manter o médico, o enfermeiro separado, ela não aceita, então a gente procurou unidades que estavam abertas para esse formato, e usamos ali os preceptores daquele local junto com os tutores da universidade, e nesses locais onde existe uma abertura, isso caminha com grande facilidade, né. O grande objetivo desse projeto é, depois quando o projeto deixar de existir, será que os profissionais continuarão realizando o trabalho interprofissional, ou ele está realizando isso só porque ele tem que cumprir o projeto? (C)

Esse tem sido um grande desafio, né. O primeiro desafio: iniciamos um curso, né, novo, onde contratamos médicos para dar aula. Não contratamos professores, temos poucos professores, e tem professores que não tem sequer ideia de uma metodologia ativa, o que que é metodologia ativa? (C)

... um professor que foi formado na metodologia ativa, quando ele tem uma linguagem em metodologia ativa, o outro professor, fala assim: "eu achei lindo, mas você poderia me dizer o que você está dizendo?" Há um distanciamento muito grande, né, dos professores, começa dos professores. O conhecimento né, algumas bases elementares de uma metodologia ativa. (C)

... existem professores já com grande, muitos anos de prática, que entendem que a metodologia ativa é um caminho importante, mas não sabem como usá-la, não aprofundaram sobre elas, e acham que se eu usar ferramentas das metodologias ativas eu tô fazendo metodologia ativa, e não tá fazendo o elemento mais importante do desenvolvimento da metodologia ativa mesmo, que é a aprendizagem centrada no aluno, né? Aonde ele, ele mesmo desenvolve o processo de aprendizagem. (C)

... há um grupo que ouviu falar e tenta fazer, mas não teve como se capacitar, como aprofundar,... (C)

... e há o outro ponto dos alunos, de uma dificuldade, que aí tem a ver com a pergunta anterior, que a metodologia ativa exige uma mobilização por parte do aluno, ele não pode ficar na posição passiva

como anteriormente, e isso é difícil, é mais cômodo eu ficar na posição passiva, e alguns alunos com uma resistência porque não querem se mobilizar. (C)

A soma desses três elementos: a dificuldade do professor, aquele professor que tem o conhecimento, mas ainda não consegue aplicar e ainda resistência de alguns alunos, isso é difícil, não acho que é fácil, né? (C)

Então nós temos que trocar a roda com o carro andando. Então nós vamos fazer as duas coisas ao mesmo tempo. Eu tenho que ter professores já capacitados que comecem a implementar, que vai solidificando, e esses professores têm que contaminar os demais professores. Eu não tenho como preparar um grupo de médicos em metodologias ativas e inseri-los, porque ele tem sua prática, mas eu posso colocar esses médicos nesse grupo, esses médicos vão se sensibilizando e vão melhorando seu processo educacional onde eles vão, poderão exercer realmente como educador as metodologias ativas, mas é um processo lento e gradativo, talvez seja mais fácil naquele que ainda não tenha anticorpo. Ele é mais fácil. (C)

Talvez aquele professor de 30 anos já se sinta, é, apto e não precisa de ajuda, nem de dicas, esse é o mais difícil, esse é mais enraizado, mas aquele professor jovem na educação, não de idade, mas jovem na educação, ele tá mais aberto e ele, ele quer aprender. (C)

Então o professor já começa a desenvolver bastante a metodologia ativa, alguns alunos aceitando de boa uma maneira, outros nem tanto, e alguns professores que vão se capacitando, vão se aprofundando, e eu acho que no decorrer de alguns anos isso vai se solidificar, né? (C)

Eu só tenho medo é de que alguns se mantenham na superficialidade, e não exerçam realmente qual o...os elementos principais da metodologia ativa, e isso há uma deturpação dessa aprendizagem, uma banalização talvez seja pior ainda, e isso possa ter um declínio, por esse não entendimento por parte de alguns professores, né? (C)

... temos disciplinas em metodologias ativa, é, há uma dificuldade também acadêmica, né? Porque o curso é formado em grandes grupos, eu tenho dificuldade, como é que eu aloco professor, ... (C)

A maior dificuldade que eu vejo é na maneira de pensar realmente dos professores, principalmente os professores mais antigos que não estão abertos. Ou estão abertos achando que "eu vou usar esse novo método, né, ou essa nova ferramenta", o exemplo é do game "eu faço um game que aí a turma adora, a minha aula ficou legal". Mas, eu não trabalhei os elementos principais da metodologia ativa, que é a autonomia, né, do aluno. (C)

E aí a gente tá inserindo, ele tem resistência por alguns locais, ele volta angustiado, a gente apoia, "você acha que eu devo seguir ainda ou eu tenho que recuar?", "não recue, continue avançando, porque é esse o caminho", né? "Nossa, mas gerou trans... desconforto", é, é esse desconforto que vai fazer o aluno dar esse passo, né? (C)

### **Q3 - Quais as estratégias pedagógicas desenvolvidas para atingir os objetivos na formação inicial dos acadêmicos na proposta destes artigos?**

... eu acho que as turmas do início tiveram mais resistência a isso... (P1)

... de repente eles caem em uma coisa de uma formação que tá centrada neles, de uma metodologia ativa, deles procurarem o próprio conhecimento... (P1)

... hoje eu vejo que, mesmo os alunos que reclamavam, eles não têm mais, eu não vejo mais reclamação, tipo eles já descobriram a forma deles mesmo guiarem o aprendizado deles... (P1)

Cada um tem um tipo de participação, mas ao longo do tempo eu vejo que a participação deles, ela vai melhorando de uma forma geral. (P1)

... eu acho que as turmas do início tiveram mais resistência a isso... (P1)

... de repente eles caem em uma coisa de uma formação que tá centrada neles, de uma metodologia ativa, deles procurarem o próprio conhecimento... (P1)

Cada um tem um tipo de participação, mas ao longo do tempo eu vejo que a participação deles, ela vai melhorando de uma forma geral. (P1)

... eu tenho uma certa, uma certa dificuldade no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Mas eu tento colocar, ... (P2)

... é... eu acho que a instituição, ela tenta fazer com que a gente, ela estimula que a gente utilize formas completamente diferentes, plataformas digitais, muita mídia digital... (P2)

... dentro da prática a gente usar aquela situação como disparadora, é bem trabalhosa, eu acho que é trabalhosa porque nem todo paciente leu o livro... (P2)

... eu acho que o uso de metodologias muito ativas, a gente acaba mexendo muito, é, com coisas muito pessoais dos alunos e dos professores, ... (P2)

... eu tenho dificuldade para usar essa metodologia e isso fica claro pros meus alunos, eu falo "ah gente, eu tenho dificuldade, porque eu tenho dificuldade de ceder o espaço de fala para o outro, tenho uma dificuldade enorme, né?" Eu falo muito, eu me meto muito, e fazer, não fazer isso me incomoda e, mas eu tô, eu tô brigando para melhorar com isso, ... (P2)

... você vê também que isso mexe com os alunos, coisas de timidez, né, que em metodologias ativas, eles tem que ter um protagonismo, querendo ou não, então alunos muito tímidos, muito introspectivos, ou até mesmo situações-problema que remetam a situações muito pessoais, elas acabam se tornando pouco inicializadas por isso, tanto é que eu acho que a gente consegue, né, independente da mentoria ou não, a gente faz relações com alunos muito grande, eles acabam se abrindo com a gente sobre situações que eles têm vivenciado, né? (P2)

... eu acho que quando a gente usa esse tipo de metodologia, né, ancorado, de novo, num processo centrado no aluno, né, no próprio indivíduo que tá aprendendo isso acaba sendo um significado muito grande para ele, ...(P2)

... e talvez seja por conta do meu desconforto com uso de metodologias ativas, não sei, mas que dentro da disciplina teórica, eu tenho, eu ainda tenho um certo nível de controle da minha dinâmica que tá acontecendo ali, no campo prático eu não tenho controle de quase nada. (P2)

... eu acho que é muito mais difícil você trabalhar metodologia ativa no campo prático, muito embora seja aonde talvez ela tenha maior valor né? Mas eu acho que é uma dinâmica que a gente tem aqui que eu ainda tô aprendendo a utilizar. (P2)

... e você ver, você ver a fisiologia ali na sua frente. Isso é bom, isso é uma coisa que você, é aquela coisa que a gente fala assim no internato, olha, isto aqui você não vai esquecer nunca mais e é assim, por isso que a gente aprende mais, eu, mas a gente aprende mais no internato, porque você vê, você vê uma fibrilação atrial, você vê um flutter, você vê uma pessoa tendo isso, sabe cê torna a coisa mais concreta, ... (P2)

... você tem multiprofissionais sendo formados, mas eles não conversando também, e no nosso curso eu vejo que a intenção é colocar o aluno o tempo inteiro em contato com múltiplas visões, ... (P2)

E aí a primeira coisa que ele tem que entender, e que a gente tenta passar para ele, é que o trabalho médico depende do trabalho de muitas outras pessoas. (P2)

Ele tem que entender que a sua atuação enquanto médico que ele está se formando, ela não é descolada desses outros profissionais, isso é uma coisa interessante, eu acho que eles entendem o trabalho, isso ajuda a formar um profissional primeiro mais humilde, né? (P2)

... eles entenderem essa dinâmica de que profissionais permitem níveis de liberdade, de acesso às informações de maneira diferente, eu acho que isso contribui para que eles tenham um olhar muito maior, e que um olhar maior até no sentido de humildade, de dizer que eles precisam de outras pessoas né, não é aquela coisa "eu sou a peça mais importante desse lugar", não, eu sou uma peça importante como todas as outras. (P2)

Você construir um profissional melhor, significa que você eventualmente possa mostrar para ele o que você faz, "olha, mostra o que você faz enquanto enfermeira, mostra o que você faz enquanto agente de saúde, mostra o que você faz enquanto psicólogo, assistente social, dentista, enfim, técnico. O que que você faz? Por que o seu trabalho é importante? Por que que ele tem que ter um respeito sobre seu trabalho, o que que ele tem que saber sobre você", isso é importante na formação, eu acho que muita gente absorveu isso e entende. (P2)

... falando bem especificamente da minha situação, e isso já falei algumas vezes, eu parto de uma dificuldade muito grande de trabalhar um modelo de ensino centrado no aluno, ... (P2)

Todo, todo tempo eu tenho que tá sempre me policiando, né, que não é um modelo que eu tenho muita afinidade, estou me afeiçoando dele, com ele agora, nos últimos anos ... (P2)

... é bem desafiador eu acho, você colocar o aluno no centro do processo, não como, como, como a própria coisa do nome do aluno, né, o aluno vem daquele que não tem luz, né, *alumnus*, é o que não tem luz, e o professor vem de profeta, é o que profetiza. Então você inverter isso assim é muito, é difícil, ... (P2)

Mas você tem que trabalhar muito na dinâmica do aluno, às vezes parece que você vai, "mas eu não vou conseguir vencer o conteúdo, ai meu Deus do céu, mas tem que, tem que dar isso, isso, isso, isso, esse cara ainda tá num outro plano, ainda tá devagar, não sei como é que eu vou fazer isso, isso", ... (P2)

Aí a gente tá lá para dar meios para ele chegar àquelas conclusões, que realmente são conclusões que a gente não chegaria, mas ele tá lá como o protagonista do processo, isso para mim é muito difícil, eu tenho estimulado, né? Eu tenho discutido, eu tenho me apoiado com outros professores para me ajudar com isso ... (P2)

... para mim é mais fácil, eu falo muito, então (riso) eu tenho muito, para mim é confortável para mim colocar numa posição de educação bancária, né? Mas eu tento sempre que dizer "não posso me colocar nessa posição, a gente tá aqui numa outra dinâmica", ... (P2)

A gente sai de um aluno que vira, um aluno só conteudista, que tem só que vencer conteúdo, fazer prova, fazer prova, aí depois da faculdade entrar no Medcurso, no Medcel, porque ele tem que fazer prova para entrar numa residência e continuar fazendo prova, sabe, para um aluno que tem refletido mais sobre o processo, isso também é uma coisa que, que coloca, me coloca para pensar sobre outras coisas, né? São alunos que, que, que, que te demandam mais, ... (P2)

... eu fui me colocando num grande desafio, e o que que me favoreceu, justamente pelo fato de desenvolver uma, ter né uma oportunidade de um dia de aula prática, que permite o contato mais próximo com os alunos, e nesse desenvolvimento das aulas práticas, é, buscando, é, o isolamento do agente, fazer discussão, por exemplo o resultado de antibiograma, trazer problemas de casos vividos deles dentro das unidades básicas de saúde, é, assim, então, eles foram trazendo assim essa perspectiva e essa realidade, então nessa construção do Saber até o final do semestre letivo, eu cresci com eles e assim eu pude ver neles, é, assim, um grande amadurecimento, assim, acho que nem um amadurecimento, mas acho que uma grande, um olhar diferenciado desses futuros profissionais perante a sociedade,... (P3)

... então tudo que eles haviam comentado em sala, eles estavam vivendo na prática da unidade básica de saúde e trazendo essa experiência, compartilhando esta experiência com os outros alunos, é, e eu, eu fui percebendo esse amadurecimento... (P3)

... eles têm aula, assim, com pessoal da enfermagem, assim, aula com o pessoal da Computação. Então eu acho que eles já, essa vivência dentro da instituição PUC, desde o primeiro semestre deles com profissionais no processo ensino-aprendizagem, já demonstrando essas... profissão multifacetada assim, acho que isso já, já traz pra eles esse amadurecimento, é que como disse acho que foi mais fácil pra eles do que pra mim, ... (P3)

... aqueles que tem uma fragilidade em desenvolver o conhecimento cognitivo, nós precisamos apoiar e ajudá-los a chegar lá, mas o cognitivo só não adianta, então o que que a gente procura? A gente procura valorizar o que cada aluno tem de melhor, valorizar as qualidades de cada um e ajudá-los a reconhecer suas lacunas, suas fragilidades e ajudá-los a vencer tudo isso. Então a gente procura ter um relacionamento realmente horizontal, onde ninguém é melhor do que ninguém, o professor não está acima deles, e a gente procura desenvolver relações baseadas na colaboração e não na competição. (P4)

Então, nós trabalhamos dessa forma, né, de expor o aluno a situações da forma como essas situações chegam pra gente, então sempre com o cuidado de não inventar, a gente sempre trabalha com situações reais, e a gente escreve essas situações e apresenta as situações para eles, situações reais, situações do jeito que elas chegam né? (P4)

Então quando a gente estuda os fundamentos das metodologias ativas a gente começa a compreender que as ferramentas de metodologias ativas, elas têm objetivos mais amplos. Elas têm objetivos sim de que o aluno construa conhecimento cognitivo. Mas elas têm... o fundamento é também que eles desenvolvam a reflexão, desenvolvam processo crítico, desenvolvam autonomia na construção do seu

aprendizado, que ele compreenda como é que se dá o seu aprendizado, que ele faça então o processo de metacognição. (P4)

O que os alunos falam para mim é o seguinte: "Olha professora, quando eu cheguei aqui eu não abria a boca, mas dentro desses grupos parece que a gente começa a se sentir aceito, a gente começa a desenvolver uma liberdade para falar, eu nunca me imaginei abrindo a boca, mas aqui no grupo eu falo, eu não tenho, é... não tenho constrangimento". (P4)

Então eles falam muito isso, eles falam assim "olha, eu entendi que eu posso falar o que eu penso, e se aquilo que eu penso tiver errado, não tem problema, aquilo também vai contribuir para todos nós aprendermos, então não tem problema", eles, eles compartilham muito isso, que eles começam a ter uma visão mais crítica, eles começam a ter uma visão mais da importância dialógica. (P4)

... dentro dos princípios das metodologias ativas, o que que a gente quer? A gente quer valorizar individualmente cada aluno. A gente não quer que tenha um aluno melhor do que o outro, porque na verdade nós não acreditamos que isso exista. Existe um aluno que ele tem algumas habilidades que o outro não tem, mas esse outro também tem habilidades que ele ali não tem. Então, qual que é o nosso valor? (P4)

Aí eu acho que tem uma variável pessoal, como eu venho uma experiência docente de muitos anos, trabalhando em cursos inclusive de formação de professores, é, digamos assim, isso já era um lugar pedagógico no qual eu já me colocava e sempre me coloquei. Então nesse sentido não houve nenhuma dificuldade minha, em uma perfeita adesão ao projeto do curso da medicina, porque, já era digamos assim, já era o meu ponto de vista filosófico sobre como entender aprendizagem, né, o aluno como sujeito, e uma série de referências teóricas que vinham subsidiando a gente, não só Paulo Freire, mas gente da área da psicologia como Karl Rogers, então eu diria que o paradigma pedagógico no qual eu já trabalhava, e sempre trabalhei, já era de, de colocar o aluno como sujeito, da aprendizagem, uma aprendizagem ativa e de romper paradigmas dissimétricos, ... (P6)

... também uma coisa que eu levo muito também pra, pra experiência, é de pensar aprendizagem não só como um fenômeno processo cognitivo. Para mim as competências cognitivas elas são inseparáveis das competências subjetivas e emocionais, das competências sociais, né, todo o, a disposição social e outras competências relacionais. (P6)

... acho que o aluno tem de ser respeitado, acho que a disciplina não pode se reduzir as aulas expositivas, por exemplo, acho que temos que ter metodologias e práticas que tragam ele, mas tragam ele de uma forma ativa mesmo, quer dizer o que ele tá trazendo. Eu acho que você não tem que se colocar só no papel de avaliador do que ele tá trazendo, mas é uma troca de saberes, experiências, de pesquisa, né, que ele, que ele vai buscar. (P6)

... essa questão dos alunos, são muito motivados, muito proativos, quer dizer a gente passa, pra dar um exemplo prático, né, quando a gente propõe um seminário para pesquisar um tema, os alunos fazem com muita seriedade aulas, material, e uma competência que às vezes supera o que o professor faria em sala de aula, vão atrás de artigos, criam co-relações, criam uma forma de exposição muito rica, então isso facilitou muito, porque é sempre um risco, né, quando a gente se coloca nessa forma de reconhecimento do sujeito, sempre existe a possibilidade da gente encontrar um aluno que não tem maturidade pra isso.

... a grande maioria tem tido maturidade de se colocar nesse lugar mesmo, de valorizar essa abertura que a gente dá, de reconhecer ele como sujeito ativo do aprendizado. (P6)

... quebra um pouco essa noção de que aprende primeiro para depois ter contato, é e isso enriquece muito porque eles têm elementos pra trazer pra sala de aula, acho que essa idéia de trabalhar a partir de desafios de resolução de problemas, de situações-problemas também, ela é muito rica, ... (P6)

Olha, é bem, se não for dessa forma ativa, não tem como eles aprenderem. Eles só vão ficar com uma coisa repetida, né, na cabeça deles aquilo não vai sedimentar bem. Então a vivência é que acaba fazendo com que ele efetivamente apreenda o conteúdo. Então se eles não buscarem ativamente o conhecimento, não há como a gente fazer com que esse conhecimento realmente seja fixado, de modo que ele consiga, consiga ser esse profissional generalista inicial, que é o que o país no momento tá precisando urgentemente, né? (P7)

... então, em específico na disciplina de Práticas na Comunidade, o aluno é inserido dentro de uma unidade, buscando entender todos os profissionais que estão inseridos ali, respeitando a função de cada um, entendendo a importância do trabalho de equipe, e o aluno nesses quatro períodos da



Práticas na Comunidade, ele não fica apoiado no médico, na figura do médico, então ele, a idéia que ele entenda os serviços, mas não só o serviço, o usuário e o serviço, e a importância de cada peça, ou de cada profissional. (P8)

... a hora que a gente altera essa concepção de o ensino centrado no aluno, é principalmente dar significado àquilo que ele está estudando, e que ele está buscando, e não necessariamente repassar tudo, então até pra concluir aí, o projeto pedagógico do curso está desenhado pra isso. E, desde o início, algumas disciplinas-chaves já nasceram fazendo isso. E outras disciplinas passaram por uma transição, estão em transição. Começam no modelo um pouco centrado no professor, e por meio das, dessas ações de desenvolvimento docente, eu tenho observado essa transição. Eu observo essa transição nos colegas, e até em mim. (P8)

Então eu fui mesclando as estratégias pra tentar atender aqueles que tinham essa necessidade da expositiva, eu acho que vai muito pro ensino centrado no professor aí. Eles queriam receber tudo pronto, uma das turmas. Então, as duas primeiras turmas eram diferentes, uma bem receptiva, a esse ensino centrado no aluno, e a outra não. (P8)

... a gente tem algumas disciplinas 100% metodologia ativa, temos disciplina praticamente cem por cento em metodologia tradicional, e tem várias que são mistas aí, e a gente foi crescendo, acho que todos os professores foram mudando ao longo desses, dessas quatro turmas, porque a gente foi trocando informações e de alguma maneira tendo estratégias de desenvolvimento docente aí. (P8)

... esse artigo eu acho que é o que eu vejo a minha maior dificuldade, né? Mas, a minha dificuldade que eu acho que eu sempre ainda, eu acho, eu acho que eu tô começando ainda, né, porque a gente vem, vem há muitos anos com o modelo tradicional, né? (P9)

... sempre foi um modelo mais tradicional, então é o que eu vejo, pra mim de mais difícil, é de ir ajustando isso aí, de ir introduzindo cada vez mais essas técnicas aí criativas. E, por outro lado eu vejo o aluno também com, com talvez, com essa mesma ansiedade, né, tem alunos que gostam, mas tem alunos que ainda não se adaptam muito bem. Então, por exemplo, nesta turma T1 e T2, é, e na T3 também, logo que eu começo eles perguntaram "você vai usar o método tradicional ou você vai usar metodologias ativas?", né? Aí eu digo: "ah gente, eu vou usar os dois", porque aí, aí eu sou sincera, porque eu não, eu não posso falar que eu vou usar somente metodologias ativas, porque eu acho que eu nem tenho ainda a competência pra isso. Mas eu também não posso falar que vai ser só pela metodologia tradicional. (P9)

E o que eu vejo aqui é que assim, eu acredito que essa metodologia ativa, esses processos de metodologias ativas, de colocar o aluno como construtor do seu próprio conhecimento, ela é muito importante pra esse, pra essa área de formação da saúde, não é? Talvez o olhar do aluno ainda não tenha, não veja esse movimento de importância. (P10)

Engraçado que as metodologias ativas, elas não são de agora, né? São os estudos, muito, bem anteriores aí, que trazem esse, esse processo e que visa aí essa participação ativa do aluno nessa integração, nesse conhecimento. E o que eu vejo aqui é que assim, eu acredito que essa metodologia ativa, esses processos de metodologias ativas, de colocar o aluno como construtor do seu próprio conhecimento, ela é muito importante pra esse, pra essa área de formação da saúde, não é? Talvez o olhar do aluno ainda não tenha, não veja esse movimento de importância. (P10)

A grande maioria deu esse passo, entendeu o processo, vai realmente concen... o centro do processo, e busca o professor em apenas amparos, né, facilita o processo. Então, e eu tenho percebido mais, é uma coisa mais séria que isso é uma visão pessoal minha, que aqueles alunos que entendem isso no primeiro semestre do primeiro ano do curso, eles começaram a deslanchar, e eles estão mais longe do outro, e alguns ainda focado no processo de como que me dá um macetezinho para eu fazer essa prova. (C)

... a grande maioria entende, que esse processo de aprendizagem tem que estar focado no aluno, ele é o ponto principal, ele que faz parte de todo o processo. O professor é um intermediário, né? (C).

## APÊNDICE F – ENTREVISTAS COM GRUPO FOCAL 1

### Questões norteadoras (Q1, Q2, Q3)

**Q1 - Diante dos artigos 3º, 5º, 26, 29 das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, para o curso de medicina, qual sua opinião sobre a importância destes artigos na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?**

E, além disso, este artigo também fala sobre a formação crítica, humanística, reflexiva e ética. E a gente, e ficava evidente pra gente essa participação, essa inclusão, esse desejo dos professores de, quando a gente formar, a gente seja profissionais com essas qualidades. (D1)

Eu brinco com os meus colegas que, a gente mesmo que quiser ser técnico demais, ser um médico, vamos dizer assim, ser um médico mais arcaico, muito biológico, a gente não consegue mais não. A gente já tem essa tatuagem da, da humanização, do pensamento abrangente do paciente. Então, eu acho que focado na resposta dos dois primeiros anos, isso foi exercitado constantemente em diversas disciplinas, em diversos formatos, então isto está totalmente contemplado no nosso curso. (D3)

Isso é muito forte na nossa fala, a gente sempre tá comentando que a gente realmente tem essa formação humanista, esta faculdade realmente bate no pé em relação a isso, eles querem que isso aconteça. Então eu acho que nesse ponto a gente realmente teve isso muito fortemente não tem nem o que discutir... (D4)

... se tratando da formação generalista, eu acho que a gente também teve um suporte bem grande pra essa formação, a gente sem direcionar para mim uma especialidade específica, ao longo dos dois primeiros anos, então tratando de uma visão geral, sobre como vários aspectos da saúde devem ser analisados independente da especialidade que a gente escolher no futuro, então eu acho que esse artigo aqui, nessa parte de formação geral foi super bem atendido nos dois primeiros anos, ... (D2)

A gente é incentivado a exercitar esse pensamento generalista. Quando a gente teve questões que, que permearam o sentido mais biológico, ou o sentido mais social, ou o sentido mais específico, a gente realmente foi incentivado a trazer os outros sentidos para caminhar por vários caminhos, então é, esse, para mim é a alegoria do médico generalista, é caminhar por vários caminhos do ser humano e pela própria, pelos caminhos da própria Medicina, né das cinco grandes áreas e das especialidades. (D3)

... em relação ao médico generalista a faculdade também bateu muito fortemente nesses dois primeiros anos em relação ao médico generalista, ... (D4)

... acho que essa divisão que IRCE faz junto com a unidade de saúde, que a gente tem desde o primeiro ano, divisão de criança, gestação, adulto e idoso, ajuda muito a gente nessa parte, no artigo de formação generalista, né? (D5)

Porque já é um currículo muito diferente de outras faculdades, né? A diretriz 2014 já é um negócio que começa a ser aplicado nos novos cursos, e aqui tem caminhado bem. Acho que não só abrindo a minha cabeça, né? Fazendo com que eu pense, tenha uma visão ampliada, mas também me qualificando bem. (D7)

... eu acho que durante nossa formação nos dois primeiros anos, a gente teve essa, de tudo o que determina esse artigo, eu acho que essa, essa parte determinação social do processo saúde-doença, ele esteve presente em várias disciplinas, pra a gente entender o contexto de saúde do paciente e tudo mais, como determinantes de saúde os determinantes sociais impactam no processo de cuidado, de atenção básica à saúde, a gente viu isso nas UBS, na disciplina de IRCE e tudo, algumas disciplinas a gente acaba não vendo tanto, algumas disciplinas mais técnica, então a gente não relaciona tanto com este determinante social, ... (D2)

Eu acho que os quatro artigos se conversam e se complementam. Então, nesse momento de a gente querer ver o paciente como um todo, como uma pessoa que traz uma história a gente, forjar, é, as escolas de medicina se prepararem para forjar profissionais dessa mesma maneira, e não só, não só são os futuros médicos, eles são pessoas que tem histórias, que tem família, que sofre que chora, que, e várias coisas, tem anseios, tem sonhos, então tudo casa, né? A gente quer fazer, a gente quer abraçar o paciente, a gente quer integrar, cuidar de uma maneira integral, ok, muito legal, mas então vamos, vamos fazer profissionais que também sejam integrados, abraçados, que, que realmente sejam

cuidados para poder cuidar. Eu acho muito interessante. Nem sempre dá certo, né, no papel ela é muito bonita essa, essa ideia, mas nem sempre dá certo. (D3)

**Q2 - Nestes dois primeiros anos de implantação do curso de medicina, quais as potencialidades identificadas e as dificuldades (desafios) para efetivamente promover a formação dos acadêmicos à luz destes artigos das DCN 2014?**

**POTENCIALIDADES**

... achei interessante essa transversalidade, né? Que é a união da questão teórica com a questão da vida real, e eu acho que esse foi bastante evidente nos primeiros anos na disciplina da professora ..., e também algumas outras disciplinas, né, mas principalmente na dela. Trazia palestrantes, trazia uma experiência de fora, até de outros colegas. (D1)

Bom, eu acho que essa questão do Cuidado centrado na pessoa, ela é muito presente nos 2 primeiros anos, em relação a interprofissionalidade, eu acho que a PUC, ela existe vários caminhos para garantir essa interprofissionalidade, tanto que, por exemplo, nos quatro primeiros anos que a gente acompanhou as Práticas na Comunidade, que a gente ia para a UBS no estágio, a gente rotacionava com diferentes profissionais da atenção primária à saúde, entendendo como que funciona a unidade, quais que eram os papéis de cada um dentro daquela unidade, e eu acho que reconhecer o papel de cada, de cada profissional no contexto de saúde é um passo primordial pra gente conseguir essa interprofissionalidade. Além disso, eu acho que a PUC, ela oferece muito, oferece outros caminhos, como os projetos de extensão, todos os projetos de extensão praticamente, não, praticamente não, todos, eles são de, vários cursos, múltiplos cursos da saúde, a gente tem a participação de enfermagem, psicologia, fisioterapia, então eu acho que, quando a gente participa de um projeto de extensão junto com outros cursos, isso também colabora para interprofissionalidade, e em especial um projeto que, por exemplo, eu participo, o Sérgio também, que é o PET-saúde que a gente teve também já nos dois primeiros anos, na verdade começou no segundo, né? A gente teve o PETsaúde que integra, que o tema central dele é a interprofissionalidade. Então a gente integra junto com outros cursos, a gente faz algumas atividades na rede de saúde. Daí eu acho que o caminho, o curso em si, ele oferece várias portas pra se ter essa interprofissionalidade, desde o começo, inclusive, por exemplo, em algumas disciplinas, como é o caso também da disciplina de IRCE, que a gente tinha palestrantes diversificados, de diferentes áreas, para a gente não ficar restrito somente ao conhecimento e as responsabilidades do médico, e sim um contexto geral de saúde do paciente, que é necessário vários outros profissionais, e acima de tudo isso trabalho em equipe. (D2)

... que esta interprofissionalidade não é só entre as áreas da Saúde, mas sim entre todos os cursos de forma geral. A gente tem a ideia que, a gente tem que se fechar muitas vezes, ou no máximo colocar alguém da área da saúde, mas, por exemplo, eu tenho um projeto com o pessoal da computação e onde eles trazem esse, a ideia da tecnologia para dentro da saúde, e a gente tá vendo como isto é cada vez mais importante. Então a PUC proporciona isso pra gente, além de ter contato com todas as áreas, e essas áreas ajudarem ainda mais no desenvolvimento da nossa profissão, da nossa futura profissão e eu acho isso muito importante. (D4)

E aí você tem contato com outros cursos, de computação, engenharia, área da saúde e eu sentia muita diferença nisso né, porque assim, quando eu estudava lá em São Paulo, era só medicina, era até chato porque medicina com medicina, ninguém aguenta, né. (D5)

... eu fiz um projeto de extensão na PUC que era com a psicologia, com a enfermagem e a Medicina, né, e foi muito bom porque a gente fazia um grupo, é, cada grupo tinha pelo menos uma pessoa de um curso, então tipo a gente tinha contato com todas as outras pessoas. Então isso foi uma diferença, é, caso seja comparativo, né, uma diferença comparativa muito boa, que eu tive assim, da minha outra faculdade pra PUC. (D5)

Então, eu acho que é importante ter essa visão interprofissional, né? E eu acho que ficou bem evidenciado também no postinho, né? Que a gente vê a dinâmica do médico ali, de o paciente não depende só do médico, ele passa na consulta com a enfermeira, passa na consulta com o fisioterapeuta, né? E como que é importante o dentista, como que é importante toda a dinâmica e tentando buscar o essencial pro paciente, que é a saúde dele, né, o bem-estar dele, né? E eu acho que essa visão a faculdade trouxe de uma maneira bem bacana colocando as práticas desde o começo, a matéria de IRCE da professora ... também, é, os profissionais que vieram conversar com a gente, eu acho que foi bem positiva essa visão. (D1)

Acredito que muito que foi rompido é que, do médico ser, estar num patamar e os outros profissionais no outro, mas criar um pensamento de que eles se completam, né, saber que todos os profissionais não são auxiliares ao médico, mas cada um tem sua função, tem a sua devida importância que um cuidado próprio, cuidado devido não é feito só por parte de um, mas pelo entrosamento de uma equipe. Eu acho que é o mais importante. (D7)

Eu acho que dá para a gente ver como isso foi bom comparando com as outras faculdades. Eu nunca vi uma faculdade que explorou tanto esse artigo, essa medicina como a PUC, tenho amigos que no primeiro ano já estavam, como o (discente) falou, no estágio de Ortopedia e aprenderam só ortopedia os seis anos e não fizeram mais nada. Não sabe nem o que que é remédio para hipertensão, e realmente isso acontece, tenho amigo do 6º ano que não sabia como funcionava o PSF. Eu acho que isso é um erro muito grave, então eu acho que o que potencializa é que a gente teve acesso a isso, que a gente teve todo esse artigo dentro da nossa formação, eu acho que é isso que eu posso dizer. (D4)

E aí eu tô vendo o quanto a gente evoluiu de compartilhar as nossas opiniões, no começo era muito estranho para todo mundo de novo, porque acho que quase todo mundo saiu do método tradicional, né? (D6)

### **FRAGILIDADES (DESAFIOS)**

... eu acho que talvez uma coisa que a gente possa ter tido em algum momento, foram poucas exceções, são professores que às vezes colocam o profissional médico cima dos outros, foram exceções, mas existiram, ... (D4)

..., na maioria dos lugares que eu passei existia sim essa relação horizontal, tipo todo mundo tinha ali a sua autoridade e tal, cuidava de sua área, mas também tive experiências do tipo "não, eu sou o médico, eu mando aqui. Ah, não, ela não sabe", "ah, não", sabe, então não é em todo lugar e não foi com todas as pessoas que eu vi essa relação horizontal. (D6)

Então, principalmente na disciplina de Práticas na Comunidade, né, que a gente tava dentro, a gente tem contato com a equipe de fato, alguns, como meus colegas disseram, alguns lugares a gente vê que tem uma equipe bem entrosada, que tem um certo respeito entre os profissionais, que cada um, que eles buscam aquele cuidado integral, aquele cuidado completo, encaixado e outros espaços que é, que não tem nenhuma coesão, e acaba não proporcionando o devido atendimento. Acredito que isso o paciente acaba sentindo, né, às vezes mesmo, se de fato isso é levantado no final "ah, o padrão de resolutividade, é ruim", assim alguma coisa, e eu acredito que seja menor porque não tem esse conjunto bem estabelecido. (D7)

Eu acho, pensei uma coisa, mas eu não sei se entra em fragilidade, realmente. Onde a gente mais teve contato com este artigo foram nas matérias práticas, das matérias de práticas na comunidade. Só que entre os colegas as experiências foram muito diferentes, porque os preceptores eram muito diferentes e talvez essa pode ter sido a fragilidade dentro do nosso curso, porque enquanto tivemos preceptores que realmente mostraram para gente como é o médico generalista, ou na saúde pensando na pessoa, no bem-estar físico, psíquico, social, tiveram outros preceptores que não, que não eram assim, então eu acho que talvez essa fosse uma fragilidade, não para mim, mas eu vi em alguns colegas que isso aconteceu, que eles não tiveram a mesma coisa que eu tive, a mesma oportunidade que eu tive de ver este artigo como um todo, então, talvez isso tenha sido uma fragilidade dentro do nosso curso. (D4)

O que eu vejo é que nem todos os nossos professores e todas as disciplinas que nós cursamos foram dessa maneira. Mas, eu vejo que a maioria teve esse cuidado sim, mas nem todas. (D3)

Então eu acho que de todos, esse aqui é o que não tá efetivamente sendo aplicado, mas não, não porque não queiram, é porque é muito complicado, tanto da parte dos profissionais, professores que tem que se capacitar para isso, como a (docente) e a (docente) se capacitaram, e a gente precisaria que os outros também, tanto por parte dos alunos que tem uma resistência muito grande a esse tipo de método. (D2)

Só que ainda tinha também o receio dos professores daquilo dar certo, de não dar, era, o feedback era constante e, eu não sei se pras turmas posteriores vem sendo praticado de fato, mas é um, eu agora perdi um pouco desse receio de utilizar da metodologia ativa, ... (D7)

... tudo tem ainda o preconceito por parte de nós alunos, que não queremos nos adaptar a isso, né? A gente quer tudo mastigado, e então, não se abre para a metodologia ativa. (D7)

... eu acho que muitos têm medo de tentar e dar errado ou tentar fazer diferente, e a gente sempre com um pé atrás, no sentido de como ele falou, a gente não sabe o que é realmente uma metodologia ativa e o que pode ser, por exemplo, uma desorganização, ... (D4)

Então eu acho que essa é uma falha que a gente tem em relação ao nosso ensino, a gente não sabe muito bem como funcionaria esta metodologia ativa, e até que ponto ela realmente está sendo aplicada, ou até que ponto ela é só um escape, vamos colocar assim. "Ah, hoje na aula, a gente vai fazer grupos para todos discutirem", mas será que era realmente aquilo que ele queria? Eu acho que às vezes é uma dúvida que eu tenho. (D4)

... talvez uma falha seja a capacitação, nem só dos alunos, por que quando os alunos entendem que o professor tá sabendo o que ele tá fazendo, que não é um negócio que ele tá só, sei lá, assim entre aspas, né, jogando aquilo lá para os alunos fazer, para cumprir meta, eu acho que os alunos acabam se adaptando, entendeu? Porque nenhum aluno gosta de PBL, nenhum aluno quer sair procurando as coisas e tal. Eles querem receber a informação. Só que acho que quando o PBL ou a metodologia é colocada de uma forma capacitada, preparada, explicada para o estudante, aí eu acho que funciona bem. Tanto que eu prefiro PBL do que o método tradicional, né? Porque eu me adaptei lá, na minha outra faculdade. (D5)

### **Q3 - Quais as estratégias pedagógicas desenvolvidas para atingir os objetivos na formação inicial dos acadêmicos na proposta destes artigos?**

Então, é o seguinte, eu acho que em relação a essa, eu acho que essa é a diretriz mais difícil de ser aplicada, atualmente, que pra gente foi o maior desafio. Primeiro porque a gente chega na faculdade, a gente não, a gente não tá acostumado com isso, a gente sempre foi acostumado a ter uma, ao método tradicional, expositivo, então tudo que a gente teve de metodologia ativa nos dois primeiros anos causou estranhamento em todo mundo, até a gente acostumar, então assim e de qualquer forma, eu acho que esses dois aqui na nossa prática dos dois anos, eu acho que ele teve presente assim em torno de 20% das disciplinas, então foi, ainda foi muito pouco. Apesar de ser importante, eu acho que a gente não teve metodologia ativa de fato, em várias disciplinas, na maioria a gente teve o método tradicional expositivo, que é o método que a maioria dos alunos sente mais confortável de ter. Eu acho que é um método muito bacana na teoria, e na prática eu acho que ele é difícil de ser aplicado. Quando ele for bem aplicado, ele é muito válido. Mas é difícil diferenciar entre essa metodologia ativa e talvez um, às vezes uma falta de organização, eu acho que é uma linha tênue, então, por isso que eu acho que ele, ele é tão complicado de ser utilizado. (D2)

Concordo com a fala do (discente), do (discente), mas principalmente essa última parte da fala do (discente) do preconceito com a metodologia ativa, né. Nós todos, nós todos viemos de uma formação muito tradicional, a coisa do professor vomitando. Você não é tirado da sua zona de conforto, e você acaba também não indo além, o que seria um benefício da metodologia centrada no aluno, que ele tem a participação ativa de ir atrás, e sendo o professor mais como um guia do que um, como um mero expositor, então, eu digo por mim, eu não gostava de IRCE porque metodologia ativa, era matéria que era quase 100% metodologia ativa e sentia a maior dificuldade de ter vindo da metodologia tradicional,..(D7)

... por volta de 20% das nossas disciplinas tiveram a metodologia ativa de fato, é, aqueles professores que estão mais acostumados com a metodologia tradicional, há caso, na verdade acontece deles tá em 10, 15, 20 anos desenvolvendo as aulas na metodologia tradicional, é muito difícil você mudar de um ano pro outro, né? Porque as diretrizes acabam mudando e focam nessa metodologia ativa. Então, não que falte vontade por parte deles, né, mas entendo que é um processo muito difícil de adaptar, se adaptar a essa nova tendência. Então, por isso que a gente teve ainda uma, algo muito incipiente. (D7)

... sobre ensino, pesquisa e extensão, que é o nosso tripé, eu acho que a PUC fez isso muito bem, a gente tem quatro matérias de Introdução à Pesquisa, ou são quatro, três, não sei, já esqueci, que falam muito sobre disso, ensinam muito sobre o tripé que é ensino, pesquisa e extensão, trazendo para comunidade. A (IES) oferece isso muito bem pra gente. Então dentro dos dois primeiros anos eu tive a oportunidade de participar de um projeto extensão, num projeto de pesquisa, tudo pela (IES), por eles incentivando a gente, então em relação a essa parte, acho que fizeram isso muito bem. (D4)

---

E sobre o que a (discente) falou de pesquisa, ensino, extensão, eu também concordo com ela, de que a gente tem muito isso. É até assim, chega uma hora que a gente fala: "Meu Deus do céu, porque que a gente tá tendo pesquisa de novo, ninguém aguenta mais porque a gente tem três introduções à Pesquisa Médica,

E aí tem um semestre que a gente fica sem, depois entra pesquisa médica mesmo. E aí, pelo menos pra mim, agora no terceiro ano, eu vejo muito mais utilização assim, quanto foi a útil eu ter estas outras pesquisas, entendeu? Do que, enquanto eu estava fazendo as matérias, tinha hora que eu falava "Senhor, de novo outra pesquisa, eu acho que acaba sendo útil, só que a gente só percebe depois, sabe? (D5)

## APÊNDICE G – ENTREVISTAS COM GRUPO FOCAL 2

### Questões norteadoras (Q1, Q2, Q3)

**Q1 - Diante dos artigos 3º, 5º, 26, 29 das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, para o curso de medicina, qual sua opinião sobre a importância destes artigos na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?**

A gente teve muito dessa parte humanística, a gente teve que fazer várias reflexões, até com portfólio, não só na parte da IRCE, mais em várias outras matérias a gente teve muita reflexão sobre isso, principalmente também na ética, na, e a gente teve muito trabalho pra gente refletir no trabalho do médico, não somente na parte, tipo "ah, eu tenho que tratar e olhar para paciente com uma doença, não eu tenho que olhar de uma forma holística, e eu acho que a gente viu isso praticamente em todas as matérias, todos os professores reforçaram essa importância, e eu acredito que a gente teve muito dessa base nos dois primeiros anos, e até hoje a gente tem na verdade. (D1)

... a gente teve muito também disso, até quando a gente começou a faculdade, a gente tinha umas aulas assim para comentar sobre o curso, não sei o quê, e a gente teve muito dessa coisa de você tem que ter uma visão do paciente como global, ... (D1)

... eu acho que a gente teve uma formação muito completa, completa neste sentido da gente ter a parte do fator ética, humanística, até mesmo com algumas matérias que eram realmente voltadas a isso, né? Então a gente teve, por exemplo, essa construção do portfólio, porque a gente tinha mentoria, né, na mentoria a gente tem que levar essa discussão, muitas vezes isso contribui para a gente conseguir se conhecer melhor, conhecer melhor o curso, a formação que a gente tá tendo, ... (D2)

Eu acho que sim, e eu acho que tanto essa parte assim mais teórica, relacionada a doença, junto com essa parte humanística, reflexiva, e tudo mais, são coisas que sempre alaçam, assim, claro que são coisas que separado, a gente estuda separadamente, mas são coisas que precisam estar juntas e, por que né, é uma pessoa, pessoa é tudo isso junto ao mesmo tempo. A gente vai tratar pessoas. Então essas duas partes têm que tá bem entrelaçadas, eu acho que eu vi isso muito na nossa grade, na nossa formação mesmo, assim, mesmo algumas matérias que são mais, focam mais, por exemplo, na doença em si e ainda tem essa parte contemplada. (D4)

Então gente, esse é um assunto que eu acho que até entre nós alunos, já, a gente já discutiu, a gente já conversou várias vezes, né, durante esses dois primeiros anos de formação. A minha percepção sobre a grade curricular do curso de medicina da (IES), e conversando com os colegas, é que assim, alunos de todos os cursos, principalmente de cursos que estão iniciando, como é o nosso caso, a gente tem uma ansiedade muito grande de se comparar com outras universidades, e comparar grade curricular, disciplinas, carga horária, a gente faz isso o tempo todo. Eu sou uma pessoa que faz isso o tempo todo, de sempre tá conversando com os colegas. E algumas disciplinas que vem a ser diferentes ou com uma carga horário pouco maior daquelas que a gente espera, acabam assustando a gente, né, de início, a gente fica inseguro, é, não sabe se isso vai agregar de forma muito, uma qualidade pra nossa formação, mas é tudo uma experiência, a gente vai experimentando tudo isso. Isso é pra dizer em relação as Filosofias que a gente teve nos dois primeiros anos, as IRCEs que a gente teve nos dois primeiros anos que são, é uma disciplina exclusiva da (IES), as Med Prev, as Práticas na Comunidade, coisa que a gente não é acostumado a ver. Só que comparando também a universidades mais tradicionais antigas, eu pelo menos venho vendo que essas universidades estão começando a readaptar sua grade curricular, incluindo no seu currículo disciplinas parecidas com essas. (D5)

... e eu vi que nos dois primeiros anos eles incluíram disciplinas de Filosofia e de Pesquisa Médica também, coisa que eles não tinham na grade deles, então a gente vê que é uma adaptação que é necessária, que o nosso curso vem cumprindo desde o início, então, e pra gente, em algum momento a gente vai reconhecer esse benefício dessas disciplinas, ... (D5)

Sobre esses aspectos desses artigos, eu acho que a gente viu sim muito bem, até pensando na disciplina de Med Prev, que a gente teve oportunidade de estudar o SUS, eu acho que a gente conseguiu compreender muito bem o papel do SUS em relação à promoção da Saúde, prevenção, à todos os níveis da atenção básica, A Prática na Comunidade traz pra gente essa vivência já desde o início de como a gente tem que encarar o sistema brasileiro, ao mesmo tempo a população que a gente vai trabalhar futuramente, ... (D5)

... questão da formação generalista. A IRCE também nos proporciona isso, a gente ver o ser humano como um todo, a gente vai com aquela ansiedade do pensamento clínico, do diagnóstico, "ah, eu quero aprender sobre a doença já, eu quero saber bater o olho na pessoa e saber dar o diagnóstico. Não, pera aí, primeiro a gente tem que conhecer o contexto social, o contexto familiar, é, enfim, a epidemiologia da doença, o que ela envolve, como que o nosso país se comporta em relação aos dados dessas doenças. (D5)

Em relação a, ao fato da, dessa característica generalista, eu acho que tem uma interferência também dos professores, alguns professores reforçam isso, mas eu acho que fica muito aberto para gente a, que não é um objetivo, assim, "você tá sendo formado para ser generalista", eu acho que é, que fica claro a importância de que você precisa entender todos os aspectos, todas as esferas da medicina em si, da saúde humana, para depois, quem sabe, você sentir uma afinidade por uma área específica, né? (D6)

Mas eu sinto que essa questão do generalismo, ele é apresentado nessa reflexão para gente entender e tentar chegar o mais completo possível no final da formação. (D6)

## **Q2 - Nestes dois primeiros anos de implantação do curso de medicina, quais as potencialidades identificadas e as dificuldades (desafios) para efetivamente promover a formação dos acadêmicos à luz destes artigos das DCN 2014?**

### **POTENCIALIDADES**

... pensando em potencialidade da interprofissionalidade, eu acho que uma grande potencialidade, é isto que as meninas já falaram, realmente, que é a Prática, a gente tava na Prática, e ter feito, o fato desses períodos na unidade de saúde, e ter passado com outros profissionais, é uma coisa que foi assim essencial para nossa formação, pra a gente saber montar um plano integral. (D2)

... porque você pegar um livro assim, pegar um Tratado de Medicina, ler as partes de todos os profissionais, entender a importância de todos os profissionais em cada doença, também, a gente teve que estudar, então isso foi muito bom. E eu acho que tem muitos professores que conseguem fazer isso, o fato da gente ter professores que não são médicos também foi muito bom, porque assim a gente pensa que existem matérias que só médicos que devem dar, e não é. (D2)

A gente tem professores muito bons, professores assim, que conseguiram trazer também essa visão por serem profissionais de outras áreas, eles conseguiam fazer a gente olhar para as outras áreas. (D2)

... é um potencial essa unidade, porque a gente aprende a lidar com diversas, diversos ambientes, né? Da mesma maneira que que você vai chegar e vai ter todo mundo "oi, vem aqui, vou te ensinar a fazer as coisas", vai ter lugar que, futuramente na profissão, ninguém vai nem querer olhar na sua cara, né? Então, são as habilidades que a gente vai construindo ali, essas habilidades. Não sei falar, mas habilidades pessoais, né, que a gente vai construindo também para lidar com pessoas.

Porque eu vejo assim muita gente falando que inclusive numa residência, quem faz faculdades com metodologias ativas, tem mais diferenciais essas pessoas, porque eles são muito mais ativos, eles vão atrás, eles buscam, eles desenvolvem mais, enquanto quem faz mais o método tradicional, a gente espera que peçam pra gente fazer, entendeu? Eu acho que, eu acho que tem matéria que é muito bom ser tradicional, acho que tem matéria que é muito legal ter sido ativa. Talvez no futuro assim, se a gente conseguir fazer uma mesclagem mais legal, vai ser muito bom. IRCE foi uma matéria que mostrou muito isso para mim. Foi bom ter. (D2)

Porque tudo no início assim a gente sofre muito por sair da zona de conforto, por não saber, por tá perdido. "Meu Deus, que eu tô fazendo aqui", mas no final o resultado é muito bom. (D3)

### **FRAGILIDADES**

... talvez, uma possível fragilidade, mas não acho que está acontecendo no nosso curso, mas pode acontecer em alguns momentos e é esse negócio assim das vezes a gente focar muito nessa parte humana e ética e deixar a parte prática teórica um pouco de lado, não é o que acontece no nosso caso também às vezes, mas pode ser que isso não tenha disso, de às vezes ficar só nisso de propagar o humano, o humano, o prático mesmo a gente pode deixar um pouco de lado. (D2)



... às vezes focar muito nessa questão ética, humanística, eu acho ótimo, eu acho que a gente tem que fazer isso sim, mas também às vezes focar um pouco na teoria, focar um pouco no estudo em si, no livro, no caderno. (D2)

Eu acho que essa parte do interprofissional é essencial, e eu sinto um pouco de pena que a gente perde as vezes isso, é por conta da rivalidade que tem com o pessoal da medicina na (IES). Porque eles acham que a gente é tudo metido, e não sei o quê, e os outros cursos acabam se afastando da gente, por isso não tem tanto uma integralidade com eles. Que seria muito bom. Até nos grupos de estudo que eu participei, tinha um pessoal da enfermagem, tinha duas pessoas da enfermagem que participavam, e foi muito rico ver a visão deles juntando com a nossa, e isso é que mais me deixa triste, na faculdade a gente ter essa rivalidade assim, porque não tem o porquê ter isso. (D1)

E eu acho que, talvez uma fragilidade seja a gente não conseguir, às vezes o apoio das equipes, incluindo às vezes o médico inclusive dentro de uma unidade de saúde, para integrar os alunos de medicina, os alunos de qualquer outro curso, não sei como que é os estágios de outros cursos, mas eu achei que as unidades de saúde não estão tão prontas para receberem estudantes, às vezes parece que eles tinham um afastamento da gente com os outros profissionais. (D2)

... mas, eu acho que essa é ainda uma fragilidade desses profissionais também não saberem como lidar com a gente, quando a gente chega numa unidade. (D2)

E eu acho que essa questão nas unidades de saúde que a (discente) falou, que, é, é complicado, né, porque só o médico ganha dinheiro para receber a gente, e às vezes os outros também, queira ou não, a gente, gasta um tempo e tem que ter paciência, às vezes a unidade tá muito cheia, e o médico recebe dinheiro pra isso, os outros membros da equipe não recebem. Isso, eu acho que o problema tá um pouco aí também, porque ele tem que receber só de bom grado, e às vezes a unidade está cheia, a pessoa tá com vários problemas, tantas coisas que envolvem, o médico ganha muito e ninguém ganha nada, o resto não ganha nada, ... (D3)

Ele entra como médico da unidade e professor da (IES), eles são só funcionários da unidade, então, fica muito difícil você falar "agora este estudante aqui vai grudar em você e você vai ter que cuidar dele". (D2)

Porque muitos quando iam pra lá, não queriam. Queriam ficar só junto com o preceptor médico, então ele acabava distanciando dos outros profissionais. (D5)

Na unidade de saúde, apenas o médico foi consultado se ele poderia receber os alunos, os demais profissionais, (inaudível) na teoria você vê que você tem uma equipe, mas na prática você vê que o médico está lá sozinho, não tem ninguém junto com ele, ... (D7)

... ao mesmo tempo essas disciplinas são alvo de críticas dos alunos, mas como eu disse, é pela ansiedade que todos nós temos nesse início, porque a gente quer entrar na faculdade e quer já ter o perfil do profissional médico. É só que, como eu disse e repito, eu acho que daqui pra frente, se a gente de fato começar a encarar os pacientes, é que a gente vai saber reconhecer a importância que as disciplinas têm na nossa formação. (D5)

... é uma dificuldade pessoal minha, e eu acho que muita gente tem esse conflito de sair do tradicional e entrar na, de fato na atividade dentro da aula. (D6)

..., mas eu acho que precisa ter um equilíbrio do, das duas partes, né? Não só muito metodologia ativa e não só a tradicional, mas eu acho que a faculdade trabalha bem esse equilíbrio, ... (D6)

Então a hora que você vai para faculdade com a metodologia ativa, deve ser um choque, né, que você olha e fala, "ah meu Deus, e agora, como que eu estudo? ", porque a gente não aprende a estudar assim, a gente aprende a estudar com lousa e professor. (D2)

Vai depender muito de disciplina, depende do perfil do aluno. O aluno quando sai do ensino médio, ele é treinado durante toda sua vida, né, desde o pré, do jardim de infância, até ao ensino médio, ao método tradicional e passivo, então quando ele se depara com uma metodologia ativa, ele tende a ter aquela repulsa, "não entendi muito bem como funciona", então tem que mudar essa cultura, pra alguns há de fato uma certa dificuldade. (D5)

... o que falta mesmo é preparação de alguns profissionais, dos professores, pra conseguir aplicar essa metodologia. (D4)

Pra mim o tradicional sempre foi mais fácil, talvez por a gente vir de uma formação que é totalmente tradicional, a hora que a gente chega na faculdade, falam de metodologia ativa, a gente se assusta. Só que a gente tem que aprender a trabalhar isso, né? (D8)

### **Q3 - Quais as estratégias pedagógicas desenvolvidas para atingir os objetivos na formação inicial dos acadêmicos na proposta destes artigos?**

Eu concordo com a (discente), tem que ter um equilíbrio, né? Porque às vezes coloca muita, muitas horas pra disciplinas mais humanizadas, que são ótimas, mas uma aula por semana de uma, extremamente teórica e tradicional, entendeu? Aí eu acho que tem que ter um equilíbrio das, das, das matérias mesmo. Mas em relação à experiência

da (IES), eu acho, algumas matérias ficaram com poucas, a carga horária menor mesmo, até agora, né. Eu não senti nenhum defasamento não. Eu acho que a gente consegue ter um raciocínio bem completo, isso é muito legal. Coisa que, conversando com outros amigos de outras faculdades, a gente não vê essa relação, entendeu? (D3)

... ao mesmo tempo as equipes multiprofissionais que estão ali inseridas, também são importantes para gente conhecer, até porque é uma coisa que acho que sempre foi bastante incomum dos cursos de medicina é a convivência com profissionais as outras áreas. Pedro e eu, a gente faz parte do projeto do PETsaúde, que é da (IES) também, que discuti muito isso, a importância da interprofissionalidade, e querendo ou não o nosso curso, por inserir a gente desde o início nessas, nessas práticas, já nos dá oportunidade de conhecer a atuação dos fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas. É claro que tudo também vai do interesse do aluno em conhecer mais. Mas a Universidade nos dá a oportunidade da gente fazer isso sim. (D5)

... eu acho que a parte que a gente mais viu desse trabalho interprofissional, que tá citado no artigo é a Práticas. Porque a gente até pode ver na teoria, só que a gente aprende mesmo na prática vivenciando aquilo. Por exemplo, nas reuniões de matriciamento. Você vê que cada um tem uma visão diferente, daí se juntam e forma um todo. (D1)

... o postinho eu acho que foi essencial nessa, nessa construção, e eu acho que, que ia também um pouquinho da maturidade do aluno de entender. Eu também tive essa dificuldade no começo, de quando você não estava com o médico, você ter essa maturidade de tá disposto a aprender com outro profissional, ou se fosse com o técnico de enfermagem, com a enfermeira ou com o ACS, eu acho que no começo algumas pessoas tiveram essa dificuldade de entender que era necessário essa, essa outra visão. E foi muito importante pra gente, apesar de alguns colegas terem tido dificuldade, eu graças a Deus as quatro UBS que eu fiz foram, todas as equipes foram muito receptivas e como as meninas falaram, vai da boa vontade dos outros profissionais de pegar na sua mão ali, e te guiar, ... (D6)

... o PET me proporcionou isso de poder trabalhar com alunos de outras áreas de enfermagem, fisioterapia, da psico. (D6)

PET é Programa de Educação pelo Trabalho Para a Saúde. É um projeto que a gente tá trabalhando com interprofissionalidade, desde 2018. Então tá sendo bem bacana essa, esse entendimento de como os outros profissionais devem atuar, e de fato trabalhar com eles, então tem essa integração de várias áreas. (D6)

Mas eu gosto porque eu acho que esse negócio do professor facilitar, e a gente como o aluno ter o foco da aprendizagem eu acho muito legal. Acho que isso estimula o aluno a ir atrás, do material, a ir atrás do conhecimento, colocar questões na nossa cabeça. Então a gente fica muito mais autodidata, a gente fica mais suficiente, autossuficiente, o que eu acho que mais pra frente é um benefício muito grande também, ... (D2)

Eu acredito que a (IES) tem assim esse, essa visão de ter uma implementação da metodologia ativa, só que como a (discente) disse também, eu vejo matéria que eu não sei se daria pra ser metodologia ativa. (D1)

E eu era então muito preconceituosa, quanto às metodologias ativas, não gostava de jeito nenhum, pra mim tinha que ser lousa, professor, até por conta do ensino médio, que foi tudo isso, cursinho que é 100% é isso, e você fica fechada às outras oportunidades, né, de aprender e tudo mais. Então, eu aprendi demais com IRCE como metodologia ativa, apesar do primeiro semestre ter sido meio lá, meio cá né, por causa dessa resistência, mas depois eu me abri, consegui aprender bastante, ... (D1)

... então como a (IES) já é uma metodologia ativa tipo mista assim, tem algumas aulas tradicionais, tem outras não, eu acho que só precisaria dosar quais valeriam a pena ser metodologias ativas como IRCE, e as outras que seriam mais no tipo método tradicional, mas que a gente também fosse em busca de, a gente tem isso, ir em busca de trabalhos, essas coisas. (D1)

... eu percebo que precisa haver, eles tinham comentado antes, precisa haver esse equilíbrio. E eu acho que o professor é a melhor pessoa para entender aonde dá para se aplicar esse tipo de metodologia na sua matéria né, ele já tem experiência, geralmente por vários anos, naquela matéria, então ele sabe onde, a, um ponto específico, ele pode deixar essa busca do conhecimento na mão do aluno, e outros pontos que é mais válido ele passar uma explanação inicial, e o aprofundamento ficar na mão do aluno. (D6)

... eu acho que este estilo da (IES) de ser misto, pra mim é o modelo ideal que tem de fato de graduação. Tô muito satisfeito com o nosso curso por causa disso. Eu acho que o extremo puramente tradicional, ou puramente ativo, a gente acaba perdendo alguns benefícios, ... (D5)

Eu, assim, eu acredito que seja realmente o perfil, né, dos alunos, de se identificar mais com a metodologia e tudo mais, e pra mim é mais confortável, mais confortável é o tradicional. Mas eu prefiro a ativa, porque eu sei que me tira da zona de conforto, e me faz, é, procurar mesmo pelo conhecimento e isso me torna mais, me dá mais autonomia mesmo, né? E eu acho que isso é uma coisa essencial para os profissionais, porque a gente nunca vai parar de estudar. A gente sempre vai ter que ir atrás de conhecimento, e a gente ter esse conhecimento que ninguém é perfeito, e eu acho que todas as disciplinas têm um grande potencial para serem metodologias ativas mesmo. (D4)

Então, eu acho que na faculdade eu gosto da forma de ser misto, apesar de ter de sair da minha zona de conforto mesmo, como a (discente) falou, mas eu também gosto do tradicional. (D8)

... que a metodologia ativa também, é, te coloca né, também no centro, coloca o aluno como centro, e coloca também os sentimentos. A gente tinha que escrever o que a gente sentia em relação a um caso clínico, e a gente, eu pude ver na monitoria que isto é extremamente importante pra a gente absorver aquele conhecimento mesmo. Quando você tem um envolvimento pessoal com aquele caso, com aquela matéria, você consegue absorver muito mais essa informação, e não só decorar informações e isso é muito interessante, ... (D4)

Mas eu gosto porque eu acho que esse negócio do professor facilitar, e a gente como o aluno ter o foco da aprendizagem eu acho muito legal. Acho que isso estimula o aluno a ir atrás, do material, a ir atrás do conhecimento, colocar questões na nossa cabeça. Então a gente fica muito mais autodidata, a gente fica mais suficiente, autossuficiente, o que eu acho que mais pra frente é um benefício muito grande também, ... (D2)

Bom, sobre pesquisa e extensão, é outro assunto também que a gente sempre conversa entre nós, como eu venho de uma outra graduação, de uma outra graduação em universidade pública, a gente tem muito a crença de que a universidade pública estimula muito a pesquisa entre os alunos e a particular não. E quando eu entrei na (IES) eu vi que isso na (IES) não é, pelo menos na (IES) não é verdade. Isso me admira muito, tanto que eu mandava muito para os meus colegas " gente, olha que bacana que o pessoal desde o primeiro período tem disciplina de metodologia científica, de introdução à pesquisa, a pra saber como fazer pesquisa, coisa que a gente não vê em outras universidades. Então isso para mim foi um ponto muito positivo, o tanto que a (IES) estimula e força a gente a produzir material científico de alguma maneira, e também está, saber buscar o material científico, saber como ler, né? (D5)

No primeiro período a gente tem uma disciplina de introdução à pesquisa médica., então isso é bem trabalhada assim, às vezes é até cansativo, porque a gente tem muitas, muitas disciplinas de pesquisa médica, só que é extremamente importante, né? E eu vejo assim, umas faculdades, os alunos não têm contato com isso, eles vão chegar no final da faculdade e não sabe fazer uma coisa básica e a gente tem essa oportunidade, ... (D8)

E da extensão também, já participei de um projeto de extensão e eu gostei muito, sabe, a gente sai fora um pouco do ambiente acadêmico e a gente começa a ter contato com alunos que a gente não teria, se a gente não fosse atrás desse projeto, e eles acrescentam muito. Eu gostei. (D8)

**APÊNDICE H – PRODUTO FINAL DA DISSERTAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MODALIDADE PROFISSIONAL**

**Francisca Raimunda de Souza Barreiro  
Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira**

**PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE COM ÊNFASE NO  
CONSTRUTIVISMO PARA O CURSO DE MEDICINA DA PUC MINAS-CAMPUS  
POÇOS DE CALDAS**

Buscar-se-á a construção de conhecimento sobre os temas centrais do processo ensino/aprendizagem junto ao corpo docente do curso de medicina pesquisado, à luz das DCN 2014.

Defende-se que a qualificação pedagógica dos docentes é necessária na perspectiva de que o domínio das estruturas pertencentes ao processo de ensino/aprendizagem envolve, para além do conhecimento técnico, aspectos sociais, culturais (CUNHA, 2018; BARNETT, 2001; ALTBACH, 2003; TAYLOR *et al.*, 2007).

Tais conteúdos devem ser entrelaçados baseados na compreensão de que cabe ao docente a mediação dos mesmos de forma problematizada, pautados de forma autônoma, crítica e reflexiva (FERREIRA, 2004).

Os temas serão desenvolvidos na forma de oficinas, a partir dos planos de disciplina do corpo docente.

A duração do produto e sua disposição de frequência será pactuada com a IES.

A proposta apresenta a realização de 3 encontros, com intervalo semanal, no início de cada semestre, com docentes do curso de medicina. Considerando que alguns docentes iniciam suas atividades no segundo semestre, justifica-se, então, a semestralidade.

Será desenvolvida uma Oficina de Trabalho em cada encontro, portanto, total de três Oficinas, com um facilitador para cada grupo de 8 a 10 docentes.

Nas Oficinas, que ocorrerão em metodologias ativas, com duração de 2h e 30 min, os seguintes temas serão desenvolvidos:

**Primeira Oficina: Integração Ensino-Serviço;**

**Segunda Oficina: Trabalho Pedagógico Interdisciplinar e Interprofissional;**

**Terceira Oficina: Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem**

Os docentes receberão com uma semana de antecedência de cada Oficina, o material de apoio para leitura e reflexão prévia.

Termo de Referência:

**Primeira Oficina: Integração Ensino-Serviço**

- Acolhimento (apresentação dos docentes e facilitadores, proposta de trabalho para esta oficina, socialização das expectativas) (20 min);
- Construção do Pacto de Convivência (com o objetivo de definir diretrizes para o bom andamento do grupo) (10 min);
- Discussão no Grupo: Qual a percepção de cada um sobre o “formar no SUS e para o SUS”? (45 min);
- Intervalo (15 min);
- Discussão no Grupo: Qual a percepção de cada um quanto à importância dos artigos 3º e 5º na formação dos discentes de medicina? Como sua disciplina contribui para uma formação apoiada nestes artigos? (45 min);
- Avaliação do encontro (15 min).

---

## **Segunda Oficina: Trabalho Pedagógico Interdisciplinar e Interprofissional**

- Acolhimento (pactuação dos objetivos a serem alcançados pelo grupo), proposta de trabalho para esta oficina) (20 min);
- Discussão no Grupo: Qual a percepção de cada um sobre o currículo disciplinar da PUC, e como sua disciplina pode trabalhar a interdisciplinaridade e interprofissionalidade a serem alcançadas? (50 min);
- Intervalo (15 min);
- Discussão no Grupo: Como cada um percebe a importância dos artigos 26 e 29 na formação dos discentes de medicina? (50 min);
- Avaliação do encontro (15 min).

## **Terceira Oficina: Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem**

- Acolhimento (pactuação dos objetivos a serem alcançados pelo grupo), proposta de trabalho para esta oficina, divisão do grupo em 3 novos “grupos”, cada novo grupo ficará com um tema das MA (MP, ABP, Espiral Construtivista) (10 min);
- Cada novo Grupo, em espaço separado, discute e prepara uma apresentação da metodologia que lhe coube (30 min);
- Intervalo (10 min);
- Apresentação do Grupo 1: MP (30 min);
- Apresentação do Grupo 2: ABP (30 min);
- Apresentação do Grupo 3: Espiral Construtivista (30 min);
- Avaliação do encontro (10 min).

## **Material de apoio para as Oficinas:**

### **Primeira oficina: Integração Ensino-Serviço**

O Brasil vem, desde o início da década de 90, propondo políticas e programas de formação de profissionais, aproximando os campos da educação e saúde.

---

Em 2014 foram instituídas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina, na proposta da formação prioritária de profissionais de saúde para o SUS e no SUS. Tais DCN trouxeram suas recomendações como uma demanda legal a partir da promulgação da Lei do Mais Médicos.

Encontramos o elo entre as DCN e o SUS, na **Lei 8080/1990, Art. 2º, parágrafo 2º**, onde

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

**No Art. 27, parágrafo único**

Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Pode-se observar a dimensão do SUS (BRASIL, 2013):

- a) Único sistema nacional no mundo que atende mais de 200 milhões de pessoas, atualmente 165 milhões de brasileiros dependem EXCLUSIVAMENTE do SUS;
- b) 3,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais/ano;
- c) 531 milhões de consultas médicas/ano;
- d) 11 milhões de internações/ano;
- e) Maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo;
- f) 98% do mercado de vacinas é movimentado pelo SUS;
- g) 32,8 milhões de procedimentos oncológicos (2010-2012);
- h) 97% dos procedimentos de quimioterapia são feitos no SUS.

O SUS é o local onde se concentra a maior parte dos profissionais da Saúde em exercício da profissão, e ficou estabelecido que compete a este sistema, a ordenação para a formação, bem como desenvolvimento técnico-científico.

---

Assim, o SUS é em si um cenário de prática e formação se constituindo como SUS-ESCOLA (LEI 8080 - art. 6/III).

Entre os vários artigos das DCN de 2014 (BRASIL, 2014), os Art. 3º, 5º, 26, 29 traduzem os desafios da atualidade na formação do profissional médico.

O Capítulo I do Artigo 3º apresenta um modelo de formação em contraste ao modelo biomédico,

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e **tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.** (p. 1)

O Capítulo I, Artigo 5º, IX traz a importância da formação do profissional médico na perspectiva interprofissional,

Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o **trabalho Interprofissional**, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado. (p. 2)

O artigo 26 do Capítulo III destaca uma formação onde o aluno é o sujeito do processo de aprendizagem, contando com o professor como facilitador e mediador neste processo,

O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico **centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo**, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência. (p. 12)

O corpo docente é convidado a desenvolver nova competência, com o desafio da introdução de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, conforme Capítulo III, Artigo 29, alínea II, onde o mesmo deve,



---

utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. (p. 12)

Com estas DCN de 2014 o curso de medicina da PUC MINAS, *campus* Poços de Caldas, teve a oportunidade de desenvolver um currículo mais flexível, produzindo seu próprio projeto pedagógico, considerando suas características, conforme o cenário geográfico, político, social da região onde está inserido, o que determina um perfil epidemiológico próprio.

Para o curso de medicina da PUC MINAS, *campus* Poços de Caldas, o SUS

constitui o espaço para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, utilizando técnicas didático-pedagógicas problematizadoras, que permitam a compreensão pelos alunos do processo saúde-doença de forma integral e territorialidade, em suas manifestações individuais e coletivas (PUC Minas, 2019, p. 38).

Assim, tanto as instalações acadêmicas do *campus* como as diversas unidades assistenciais do SUS, no município de Poços de Caldas, serão campo de ensino-aprendizagem.

Quanto à inserção dos acadêmicos nos Serviços de Saúde do SUS, o PPC (PUC Minas, 2019) pontua que,

O Curso de Medicina promove a exposição dos alunos à realidade do processo saúde-doença e da prestação de serviços de saúde voltados aos indivíduos e às comunidades, já a partir do primeiro período. Tal contato com a realidade tem por objetivo uma adequada contextualização do ensino médico, bem como o desenvolvimento de capacidade crítica em relação a essa realidade. A ansiedade inicial dos alunos pelo contato com os pacientes poderá se transformar em motivação para a aquisição de novos conhecimentos, atitudes e habilidades (PUC Minas, 2019, p. 38).

O envolvimento prolongado do aluno com a comunidade, evoluindo longitudinalmente e em profundidade, é um objetivo efetivado com o aumento gradual, ao longo do curso, do tempo que o aluno permanece nos serviços, possibilitando o vínculo com os usuários e o desenvolvimento da responsabilidade social e sanitária do futuro profissional médico (PUC Minas, 2019, p. 39).

Portanto, o corpo docente da PUC MINAS, do *campus* Poços de Caldas, está diante do desafio de desenvolver o currículo desta IES, participando e apoiando a trajetória da formação do profissional médico nos diferentes e possíveis cenários de ensino-aprendizagem na rede SUS.

### **Segunda oficina: Organização do trabalho pedagógico, Plano de Curso**

A construção de um currículo médico envolve muitos desafios na contemporaneidade e, sem dúvida, conhecer os modelos curriculares vigentes podem ampliar nosso escopo de conhecimento dos desafios inerentes a este campo.

A literatura nos mostra várias estratégias curriculares como currículos integrados (tipologia avançada), currículos tradicionais (flexnerianos: hospitalocêntrico e fragmentado), currículos tradicionais em fase de adequação às DCN (tipologia inovadora) e inserção em projetos extracurriculares.

O Quadro 1 nos mostra os Modelos Educacionais do Século XX e seus Impactos na Formação em Saúde.

**Quadro 1** – Comparação dos aspectos constituintes dos Modelos Educacionais Brasileiros desenvolvidos no Século XX

<b>CONSERVADOR/LIBERAL</b>	<b>PROGRESSISTA</b>
Projetos históricos determinantes para a manutenção de uma postura política	Projetos históricos como elemento esclarecedor de mudança de uma postura política
Fragmentação metodológica	Unidade metodológica
Trabalho pedagógico desintegrado	Trabalho pedagógico integrado/Interdisciplinaridade
Ênfase no cognitivo/verbal	Conteúdo multilateral - todas as dimensões humanas
Alienação/individualismo	Auto-organização/trabalho coletivo
Sistema excludente	Sistema includente

Fonte: Ferreira (2004).

O Quadro 2 nos mostra a evolução histórica dos modelos de Atenção à Saúde.

**Quadro 2 – Modelos de Atenção à Saúde**

<b>Modelo</b>	<b>Sujeito</b>	<b>Objeto</b>	<b>Meio de Trabalho</b>	<b>Forma de Organização</b>
Médico-assistencial hegemônico	Médico Paramédico	Doença clínica Processos cirúrgicos	Tecnologia	Rede hospitalar
Sanitarista	Sanitarista Auxiliar de Saúde	Modo de transmissão Fator de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas e programas
Vigilância da saúde Promoção da saúde	Equipe de saúde Cidadãos	Modo de vida Condições de vida e de trabalho	Tecnologia social	Políticas públicas Ações setoriais Intervenções específicas Promoção Prevenção Recuperação

Fonte: Ferreira (2004).

A PUC Minas, *Campus* Poços de Caldas optou pelo Currículo Disciplinar. A lógica deste tipo de currículo se sustenta no pressuposto de que o sujeito, ao longo de sua vida e sua história, encontra-se submetido a espaços “definidos” institucionalizados, sobretudo por meio da educação formal, a qual se constitui como normalizadora e homogeneizadora do saber por excelência.

Assim, a disciplina faz sustentar um tipo específico de conduta esperado pela sociedade por intermédio da organização de sua rotina e do estabelecimento de relações hierárquicas. (SIQUEIRA-BATISTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

A formação superior dos profissionais de saúde, tem sua inspiração no modelo industrial, que, segundo Mosé (2013), é como uma linha de montagem de uma fábrica onde as diversas disciplinas, sem conexão umas com as outras, são partes de um mundo que está distante do estudante.

Na atenção à saúde isso corresponderia, por exemplo, ao entendimento de como uma doença se dá, onde não são explorados em toda a sua dimensão aspectos sociais, de gênero, econômicos, dentre outros.

Com esta configuração a educação é essencialmente passiva, fundada no acúmulo de dados, e os espaços de formação que, além de isolados do mundo e da vida, nomeiam de “grade” o currículo e de “disciplina” os conteúdos.

A maior parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde se organiza, ainda hoje, em uma estrutura disciplinar, na qual os ciclos básicos e

---

profissionais são completamente separados. As disciplinas são fragmentadas e estanques e, geralmente, incapazes de aproveitar as referências correlatas entre elas. Nestes termos, as disciplinas são pensadas nos planos dos saberes e dos conteúdos. (VEIGA NETO, 2005).

Vale destacar o valor que a academia dá a cada grupo de disciplinas, o que, lamentavelmente, reforça uma compreensão equivocada por parte dos alunos. Em geral, as disciplinas que lidam com os aspectos biológicos e com as intervenções mediadas por procedimentos tecnológicos são mais valorizadas. Em contrapartida, os espaços, que propõem reflexões e ações no campo da ética, das humanidades, do meio ambiente, das relações interpessoais e das interações sociais são frequentemente vistas como “não muito importantes”.

A consequência final deste modelo curricular direciona os alunos às especializações e uma dedicação maior aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, levando-os a considerarem como menos importante os fatores psíquicos, afetivos, históricos, culturais e ecológicos do processo de adoecimento e pior, o processo inverso, o da promoção à saúde, cada vez mais distante e por isto muito necessário (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2009; SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Assim, a discussão de interdisciplinaridade no campo de formação em saúde exige um referencial mais próximo à ideia de atitude, como apresenta Fazenda (2003) que nos fala acerca da atitude de buscar alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de reciprocidade que estimula à troca, ao diálogo com pares idênticos, com pares distintos ou consigo mesmo; atitude de compreensão da limitação do próprio saber; desejo de ampliação do conhecimento; atitude de desafio diante do novo; atitude de responsabilidade, envolvimento e comprometimento com os projetos e as pessoas.

A partir da discussão acima sobre o currículo disciplinar, como o docente deve organizar seu trabalho pedagógico, desenvolvendo o plano de curso de forma que atenda às propostas dos artigos 3º, 5º, 26 e 29 das DCN 2014?

---

### **Terceira oficina: Metodologias ativas de ensino-aprendizagem**

Para a discussão da metodologia de ensino, podemos iniciar com o olhar para o Fórum de Qualificação dos Professores de Escolas Médicas (CFM, 2019). Pontuou-se ali a formação nos séculos anteriores e no século XX com foco no responder e ter boas notas, sendo que hoje o que se requer do aluno é a capacidade de questionar, buscar e saber procurar o conhecimento.

A partir desta necessidade, o docente precisa desenvolver a capacidade de problematizar em diferentes contextos.

Discutir a vivência do aluno diante de situações-problema significa oferecer a ele a oportunidade de refletir sobre o que ele poderia fazer e, sobretudo, porque tomaria aquela ação. Problematizar não significa dizer “você fez errado, devia ter feito assim”; significa instaurar desde o começo da formação a relevância de refletir acerca dos motivos para tal ação e das causas de determinado desfecho. Problematizar permite desenvolver uma das ferramentas mais importante do século XXI: a capacidade de perguntar, e não de responder (CFM, 2019, p. 33).

Como se pode, as metodologias ativas de ensino/aprendizagem são o pano de fundo de currículos potencialmente inovadores, críticos e reflexivos.

Seguiremos pela discussão da Metodologia da Problematização, da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou em inglês, *Problem Based Learning* (PBL) e da Espiral Construtivista, que contemplam e favorecem currículos integrados e problematizadores.

#### **Metodologia da Problematização – MP**

A formação de profissionais para atuar na área da saúde demanda a superação do modelo tradicional de educação centrado no paradigma cartesiano/flexneriano, fixado na fragmentação e especialização do conhecimento. As chamadas metodologias ativas de ensino e aprendizagem se constituem como estratégia para ultrapassar objetivos que se restringem ao domínio técnico-científico e se baseiam no princípio teórico da autonomia, e no pressuposto de um estudante capaz de autogerenciar seu processo de formação.

A Metodologia da Problematização (MP) e outras formas de utilizar problemas como estratégia de ensino-aprendizagem na educação superior são apontadas como alternativa para introduzir modelos inovadores, pois quando o estudante interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como ator do processo de construção do conhecimento, ocorre a aprendizagem significativa.

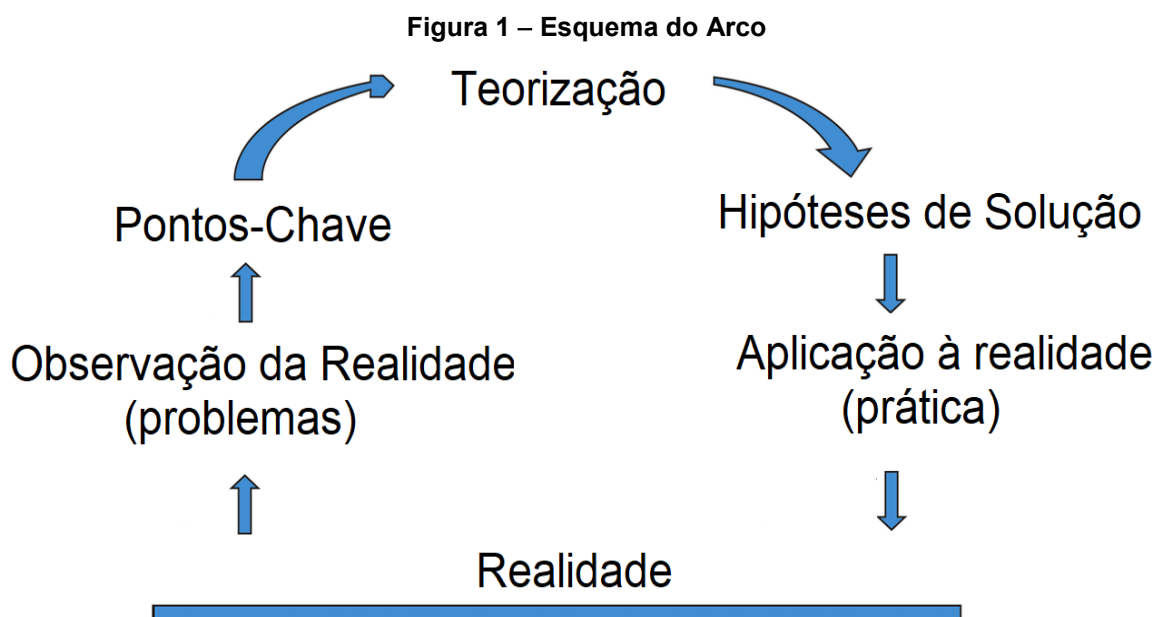
O esquema de progressão pedagógica que estrutura a aplicação do método apresenta o formato de um arco, e percorre etapas que envolvem observação, identificação de problemas, reflexão, teorização, hipótese de solução e propostas, e o alvo é sempre a realidade e as possibilidades de transformá-la, através da solução do problema colocado.

É fundamental ressaltar que “Problematização”, “Metodologia da Problematização” (MP) e “Aprendizagem Baseada em Resolução de Problemas” (ABRP), tradução mais usual para PBL, não são sinônimos em termos de metodologia de ensino.

A ABP e a MP são métodos específicos, com estrutura e procedimentos próprios, e as adaptações que eventualmente são feitas ao utilizar problemas em sala de aula não correspondem, necessariamente, a um ou a outro método.

A Metodologia da Problematização (MP) foi proposta, inicialmente, por Bordenave e Pereira, em 1978, e seu ponto de partida é o pensamento freireano, uma vez que leva em conta a realidade do sujeito (estudante), sua experiência e conhecimentos prévios. A MP utiliza-se de um esquema elaborado por Charles Maguerez denominado “Método do Arco”.

O esquema de progressão pedagógica que estrutura a aplicação do método apresenta o formato de um arco, e sofreu algumas adaptações em forma e conteúdo em relação ao original, proposto por Maguerez (Figura 1).



Fonte: Maguerez, adaptado por Bordenave e Pereira (2004, p. 49-50)

A primeira etapa da Metodologia da Problematização é a Observação da Realidade Social a partir de uma temática de estudo. Neste momento, os alunos deverão ser orientados pelo professor para que olhem com atenção e registrem, de forma sistematizada, o que perceberem sobre a realidade do tema em questão.

Esta etapa permitirá aos alunos identificar diversas dificuldades que serão problematizadas. Então, um ou vários problemas são distribuídos para o estudo em grupo e a discussão entre os vários grupos e o professor cooperará na redação do problema que se trata da síntese dessa etapa e, conseqüentemente, referência das demais etapas de estudo.

A segunda etapa é a dos Pontos-Chave. Neste momento, os alunos refletirão a respeito das possíveis causas da existência do problema em estudo. É necessário que eles percebam que os problemas de ordem social são complexos e, geralmente, multideterminados. Seguidamente, os estudantes devem se questionar em relação aos principais determinantes do problema, que abrangem as próprias causas já identificadas.

Após essa fase, os alunos ainda deverão observar a existência das variáveis menos diretas que interferem na existência do problema em estudo. Tal estudo deve

ser crítico e reflexivo, tendo em vista que os estudantes estão, a todo momento, em busca da solução do problema.

A partir dessa análise, os alunos devem elaborar a síntese dos pontos essenciais que deverão ser estudados, no intuito de compreender o problema de maneira profunda e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo.

A terceira etapa é a da Teorização, momento da investigação propriamente dita, onde os alunos buscam informações sobre o problema, dentro de cada ponto-chave já definido.

A quarta etapa é a das Hipóteses de Solução. Neste momento, por meio de todo o estudo realizado, os estudantes devem elaborar, de maneira crítica e criativa, suas possíveis soluções. Na metodologia em questão, segundo Berbel (1998), as hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis. A quinta etapa é a da Aplicação, ou seja, a execução da ação e ultrapassa o exercício intelectual, na medida em que, segundo Berbel (1998),

Decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas. Nesse momento, o componente social e político está mais presente. A prática que corresponde a esta etapa implica num compromisso dos alunos com o seu meio. Do meio observaram os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau (BERBEL, 1998, p. 8-9).

### **Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP**

A ABP é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é o aprendizado centrado no aluno.

É baseado no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Embora não constitua a única prática pedagógica, predomina para o aprendizado de conteúdos cognitivos e integração de disciplinas. Esta metodologia é formativa à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento.



No método observa-se que, a partir de definições importantes relacionadas às finalidades do currículo do curso, prepara-se um elenco de situações que o aluno deverá saber/dominar.

Este elenco é analisado situação por situação para que se determine que conhecimentos o aluno deverá possuir para cada uma delas. Este elenco constitui os temas de estudo. Cada tema será transformado em um problema para ser discutido em um grupo tutorial, quando se tratar de um tema que diga respeito à esfera cognitiva.

A construção do problema, conforme orientações seguidas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Maastricht-Holanda, deve:

- a) Consistir em uma descrição neutra do fenômeno para o qual se deseja uma explicação no grupo tutorial;
- b) Ser formulado em termos concretos;
- c) Ser conciso;
- d) Ser isento de distrações;
- e) Dirigir o aprendizado a um número limitado de itens;
- f) Dirigir apenas a itens que possam ter alguma explicação baseada no conhecimento prévio dos alunos;
- g) Exigir não mais que em torno de 16 horas de estudo independente dos alunos para que seja completamente entendido de um ponto de vista científico (complementação e aperfeiçoamento do conhecimento prévio).

Ao lado dos problemas, são organizadas situações para treinamento de habilidades psicomotoras, assim como estágios de várias complexidades, principalmente nos dois últimos anos que se constituem o internato. Berbel (1998) nos diz,

A esfera cognitiva do Currículo PBL deve garantir que o aluno estude situações suficientes para se capacitar a procurar o conhecimento por si mesmo quando se deparar com uma situação problema ou um caso clínico (BERBEL, 1998, p. 45).

A Aprendizagem Baseada em Problemas tem o grupo tutorial como apoio para os estudos. O grupo tutorial é composto de um tutor e 8 a 10 alunos.

Dentre os alunos, um será o coordenador e outro será o secretário, rodiziando de sessão a sessão, para que todos exerçam essas funções.

No grupo, os alunos são apresentados a um problema pré-elaborado pela comissão de elaboração de problemas. A discussão de um problema se desenrola em duas fases.

Na primeira fase o problema é apresentado e os alunos formulam objetivos de aprendizado a partir da discussão dele. Na segunda fase, após estudo individual realizado fora do grupo tutorial, os alunos rediscutem o problema à luz dos novos conhecimentos adquiridos.

No método são seguidos sete passos pelo grupo tutorial:

- a) Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;
- b) Identificação dos problemas propostos pelo enunciado;
- c) Formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados no passo anterior (os alunos se utilizam nesta fase dos conhecimentos de que dispõem sobre o assunto);
- d) Resumo das hipóteses;
- e) Formulação dos objetivos de aprendizado (trata-se da identificação do que o aluno deverá estudar para aprofundar os conhecimentos incompletos formulados nas hipóteses explicativas);
- f) Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizado;
- g) Retorno ao grupo tutorial para rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior.

Uma carga horária é prevista para o estudo de cada problema. O grupo deve se organizar para cumprir os sete passos acima descritos dentro desse tempo, em geral umas quatro manhãs ou tardes, para poder passar para o problema seguinte. São várias as formas de avaliação possíveis dentro do currículo baseado em problemas. São previstas avaliações por módulos, avaliação progressiva dos conhecimentos dos alunos, avaliação das habilidades esperadas em cada série e avaliações informais, em que se observam as atitudes dos alunos.

Com relação à avaliação realizada ao final de cada módulo temático, tem por finalidade principal avaliar a qualidade do módulo. Um módulo temático deve levar os alunos a atingirem determinados objetivos de conhecimento.

O núcleo central do módulo temático são os problemas desenvolvidos para a abordagem dos temas. Um bom problema deve ensejar uma boa discussão no grupo tutorial de modo que, ao fim desta discussão, os alunos elejam objetivos de aprendizado adequados ao conhecimento do tema.

Como se percebe pelo já descrito, temos aqui duas propostas metodológicas bem diferentes. A primeira, como uma metodologia que pode ser utilizada para o ensino de determinados temas de uma disciplina, nem sempre apropriada para todos os conteúdos; a segunda, como uma metodologia que passa a direcionar toda uma organização curricular. Dentro desta perspectiva, as duas propostas assumem dimensões distintas, porque a primeira é uma opção do professor e a segunda é uma opção de todo um corpo docente, administrativo e acadêmico, já que as consequências afetam a todos, durante todo o curso.

Como decorrência da opção feita pela ABP, definem-se porções de conteúdos, que serão tratados agora de modo integrado, definem-se modos de agir para ensinar, aprender, para administrar, apoiar e para organizar materiais.

Há necessidade de providências quanto à biblioteca, que deve ser suficientemente equipada e espaçosa, horários e organização de laboratórios (para as atividades opcionais), distribuição de temas *versus* tempo, entre outros.

Enfim, definem-se novos papéis para serem desempenhados por todos os envolvidos. Todas essas características são bastante distintas dos moldes tradicionais de ensinar e aprender e da organização curricular a que a maioria quase absoluta das escolas está acostumada.

A opção pela MP não requer grandes alterações materiais ou físicas na escola. As mudanças são mais na programação da Disciplina, requerendo alterações na postura do professor e dos alunos para o tratamento reflexivo e crítico dos temas e na flexibilidade de local de estudo e aprendizagem, já que a realidade social é o ponto de partida e de chegada dos estudos pelo grupo de alunos.

Os problemas constituem um dos pontos comuns das duas propostas, mas como já procurou-se demonstrar antes (BERBEL, 1998) e pelo acima descrito, fica clara a abordagem distinta dos problemas pelos integrantes do processo de ensino-aprendizagem. Na MP os problemas são necessariamente oriundos da realidade pesquisada, já os da ABP podem ser “construídos” o que se denomina comumente como “problemas de papel”.

Na Metodologia da Problematização, os problemas são identificados pelos alunos, pela observação da realidade, na qual as questões de estudo estão acontecendo.

Observada de diferentes ângulos, a realidade se manifesta para alunos e professores com suas características e contradições, nos fatos e daí são extraídos os problemas.

A realidade é problematizada pelos alunos; não há restrições quanto aos aspectos incluídos na formulação dos problemas, já que são extraídos da realidade social, dinâmica e complexa.

Na ABP, os problemas são cuidadosamente elaborados por uma Comissão especialmente designada para esse fim.

Deve haver tantos problemas quantos sejam os temas essenciais que os alunos devem estudar para cumprir o Currículo, sem os quais não poderão ser considerados aptos para exercer a profissão.

A Aprendizagem Baseada em Problemas tem uma sequência de problemas a serem estudados. Ao término de um, inicia-se o estudo do outro. O conhecimento adquirido em cada tema é avaliado ao final de cada módulo, com base nos objetivos e nos conhecimentos científicos.

Na Metodologia da Problematização, após o estudo de um problema poderão surgir outros, como desdobramentos do primeiro, só percebidos pelos alunos com o estudo aprofundado deste.

Os conhecimentos científicos também são importantes e são buscados na etapa da teorização. No entanto, ao mesmo tempo são buscadas as percepções ou representações de pessoas que vivem o problema ou convivem com situações em que está presente, além de informações de outras fontes. Os diferentes tipos de

---

saberes são conjugados pelos alunos enquanto constroem seus conhecimentos, que envolvem relações entre o técnico científico e o social, político e ético.

Pela própria responsabilidade em garantir os conhecimentos mínimos exigidos pelo Currículo, na Aprendizagem Baseada em Problemas os objetivos cognitivos são todos previamente estabelecidos e os construídos pelos estudantes deverão coincidir com os dos especialistas do Currículo.

Em caso contrário, os problemas devem ser substituídos para que se encontrem outros mais efetivos para provocar tais aprendizagens.

### **Espiral construtivista**

Considerando semelhanças e diferenças entre ABP e MP, a proposta metodológica Espiral Construtivista surgiu a partir dos referenciais do sócio-interacionismo, da dialogia, do pensamento complexo e do método científico (LIMA, 2017).

Com grupos de 5 a 10 alunos, em ambiente protegido, desenvolvendo o trabalho ao redor de uma mesa (onde todos se vejam), com prévia pactuação de convivência, situações relevantes da prática profissional (apresentadas como situações-problema ou narrativas) são disparadores para a construção de problemas e demais movimentos da espiral (Figura 2).

Os movimentos da espiral abrangem:

- a) Identificando problemas;
- b) Formulando explicações (hipóteses conforme o conhecimento prévio);
- c) Elaborando questões de aprendizagem (que representam a fronteira de aprendizagem do grupo);
- d) Buscando novas informações (acessando bases de dados, analisando criticamente fontes e informações);
- e) Construindo novos significados (a partir do confronto entre os saberes prévios e as novas informações);
- f) Avaliando processo e produtos (com sugestões para melhoria de processos e produtos).

**Figura 2 – Representação esquemática da Espiral Construtivista**

Fonte: Traduzido e adaptado de Lima (2017)

Em síntese, vários são os caminhos a serem percorridos na formação médica; há que se escolher o melhor, o mais legítimo na tradução dos valores, das premissas defendidas pela IES provedora desta formação.

É fundamental destacar que o uso de metodologias ativas é uma escolha docente baseada no seu conhecimento pedagógico e, desta forma, é hierarquicamente, subordinada ao processo de ensino/aprendizagem e ao docente em questão.

Não se pode deixar de refletir constantemente nos pressupostos ideológicos das metodologias ativas de ensino-aprendizagem:

- a) O centro do processo de aprendizagem está na necessidade dos estudantes;
- b) O desenvolvimento de capacidades estará voltado à resolução de problemas, e não à memorização de conteúdos;
- c) O papel do docente como mediador da aprendizagem;
- d) A fundamentação da construção do conhecimento a partir da análise crítica de informações e suas fontes;
- e) O papel ativo do discente como protagonista de seu aprendizado.

---

## REFERÊNCIAS

ALTBACH, P. **The decline of the Guru: the academic profession in the third world.** New York: Palgrave Macmillan, 2003. 338 p.

BARNETT, R. **Los limites de la competência:** el conocimiento, la educación superior y la sociedad. Barcelona: Gedisa, 2001. 286 p.

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014.** Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Qualificação dos professores das escolas médicas:** relatório do IX Fórum Nacional de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina Brasília, 16 e 17 de agosto de 2018. Brasília: CFM, 2019. 88 p. (Cadernos de educação médica; n. 3). Disponível em: [https://eventos.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21146&Itemid=648](https://eventos.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21146&Itemid=648). Acesso em: 12 dez. 2019.

CUNHA, M. I. Docência na Educação Superior: a professoralidade em construção. **Educação.** Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 6-11, jan./abr. 2018.

FAZENDA, I. **O que é interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2008.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica:** reflexos na organização do trabalho pedagógico. 2004. 477 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

LIMA, V. V. Espiral Construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.

MOSÉ, V. A escola e os desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. 336 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Cepesc/Abrasco, 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. **Projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina do campus Poços de Caldas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2019.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* Ecologia na formação do profissional de saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a existência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 58-64, 2009.

TAYLOR, J. *et al.* Strategic enrollment management: improving student satisfaction and success in Portugal. **High Education Manegement and Policy**, Paris, v. 20, n. 1, p. 120-137, 2007.

VEIGA NETO, A. **Foucault e a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.



## ANEXOS

### ANEXO A – Lei 8080 de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1o - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

#### TÍTULO I

##### Das Disposições Gerais

Art. 2o - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1o - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2o - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3o - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

#### TÍTULO II

##### Do Sistema Único de Saúde Disposição Preliminar

Art. 4o - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 1o - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2o - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar.

## CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS :  
I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS: I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- 
- I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
  - II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
  - III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
  - IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam á saúde;
  - V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
  - VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
  - VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e
  - VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7o As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;  
XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e  
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III

#### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8o - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9o - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Art. 10o - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1o - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2o - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11o (VETADO)

Art. 12o - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 13o - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia; IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do

Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

## CAPÍTULO IV Da Competência e das Atribuições

### SEÇÃO I das Atribuições Comuns

Art. 15o A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;

II à III

- administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, saúde;  
- acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV V VI

- organização e coordenação do sistema de informação em saúde;  
- elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;  
- elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII

básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

tendo XII - XIII – de a bens em vista a sua relevância pública;

realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

- participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde,

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;

XVI saúde;

- elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## SEÇÃO II Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I II

III

IV

na V e

- formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

- definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) de vigilância sanitária.

- participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão saúde humana;

- participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI

VII Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária

de IX produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

- promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

- coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

- estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito

X

demais órgãos governamentais;

- formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;

XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde- SUS.  
e

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador;

- participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

V

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX alta

X as

- identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de complexidade, de referência estadual e regional;
- coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

#### XI

ações e serviços de saúde;

- estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das

XII - formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

#### I II III aos IV

- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

- participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;

- participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e ambientes de trabalho;

- executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde:

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art.19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.



### TÍTULO III Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

#### CAPÍTULO I Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas e de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde-SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1o Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2o Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a Seguridade Social.

#### CAPÍTULO II Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecida pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1o Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

§ 2o Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3o (VETADO)

§ 4o Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-SUS.

## TÍTULO IV Dos Recursos Humanos

Art. 27. A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde-SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1o Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde- SUS.

§ 2o O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (VETADO)

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão ser o regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V Do Financiamento CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde-SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de: I - (VETADO)

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS; e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1o Ao sistema Único de Saúde-SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2o As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3o As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde-SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação-SFH.

§ 4o (VETADO)

§ 5o As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde-SUS, pelas universidades e pelo

orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

§ 6o (VETADO)

## CAPÍTULO II Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

§ 1o Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2o (VETADO)

§ 3o (VETADO)

§ 4o - O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde-FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, do orçamento da Seguridade social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§1o Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2o Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3o VETADO) § 4o VETADO) § 5o VETADO)

§ 6o O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1o Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2o É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO) §1o (VETADO) §2o (VETADO) §3o (VETADO) §4o (VETADO)

§ 5o A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6o Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os acessórios, equipamentos e outros bens imóveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, ou eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7o (VETADO)

§ 8o O acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde- SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (VETADO)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. e seus parágrafos (VETADOS)

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, dos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§1o Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde-SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§2o Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde-SUS estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das Universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde-SUS organizará, no prazo de 2(dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO) Art. 49. (VETADO)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para a implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 51. (VETADO)

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (VETADO)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei no 2.312, de 3 de setembro de 1954; a Lei no 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

**Brasília, 19 de setembro de 1990**

## ANEXO B – DCN PARA O CURSO DE MEDICINA 2001

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
RESOLUÇÃO CNE/CES No 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

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

RESOLVE:

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

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

Art. 3. O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

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

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

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

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e

habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XXI - Atuar em equipe multiprofissional; e

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

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

Art. 6. Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

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

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

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

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

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

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



Art. 7. A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

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

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

Art. 9. O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

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

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

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

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

Arthur Roquete de Macedo

**Presidente da Câmara de Educação Superior**

## ANEXO C – DCN PARA O CURSO DE MEDICINA 2014

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO No 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014

Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no art. 9º, § 2º, alínea “c”, da Lei no 4.024, de 20 de dezembro de 1961, com a redação dada pela Lei no 9.131, de 24 de novembro de 1995, com fundamento no Parecer CNE/CES nº 116/2014, homologado por Despacho do Senhor Ministro de Estado da Educação, publicado no DOU de 6 de junho de 2014, e considerando o estabelecido na Lei de criação do Sistema Único de Saúde no 8.080 de 19 de setembro de 1990, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional no 9.394, de 20 de dezembro de 1996 e na Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013,

RESOLVE:

### CAPÍTULO I

#### DAS DIRETRIZES

Art. 1. A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país.

Art. 2. As DCNs do Curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina.

Parágrafo único. O Curso de Graduação em Medicina tem carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização.

Art. 3. O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I - Atenção à Saúde;

II - Gestão em Saúde; e

III - Educação em Saúde.

#### Seção I

##### Da Atenção à Saúde

Art. 5. Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o

espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - Qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

V - Preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - Promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.

## Seção II Da Gestão em Saúde

Art. 6. Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;

VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

### Seção III Da Educação em Saúde

Art. 7. Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando:

I - Aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;

II - Aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;

III - Aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;

IV - Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;

V - Comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de autoavaliação e de avaliação externa dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos;

VI - Propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional; e

VII - Dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

## CAPÍTULO II DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DA PRÁTICA MÉDICA

Art. 8. Para permitir a transformação das Diretrizes previstas no Capítulo I e os componentes curriculares contidos no Capítulo III desta Resolução em efetivas práticas competentes, adequadas e oportunas, as iniciativas e ações esperadas do egresso, agrupar-se-ão nas respectivas Áreas de Competência, a seguir relacionadas:

I - Área de Competência de Atenção à Saúde;

II - Área de Competência de Gestão em Saúde; e

III - Área de Competência de Educação em Saúde.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

### Seção I Da Área de Competência Atenção à Saúde

Art. 9º A Área de Competência Atenção à Saúde estrutura-se em 2 (duas) subáreas:

I - Atenção às Necessidades Individuais de Saúde; e

II - Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.

Art. 10. A Atenção às Necessidades Individuais de Saúde compõe-se de 2 (duas) ações-chave:

I - Identificação de Necessidades de Saúde; e

II - Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos.

Art. 11. A Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva desdobra-se em 2 (duas) ações-chave:

I - Investigação de Problemas de Saúde Coletiva; e

## II - Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva.

### Subseção I Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde

Art. 12. A ação-chave Identificação de Necessidades de Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

#### I - Realização da História Clínica:

- a) estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;
- b) identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
- c) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
- d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;
- e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
- f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;
- g) orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico- epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
- h) investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; e
- i) registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

#### II - Realização do Exame Físico:

- a) esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável;
- b) cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados;
- c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; e
- d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.

### III - Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

- a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;
- b) prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;
- c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;
- d) estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; e
- e) compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

### IV - Promoção de Investigação Diagnóstica:

- a) proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético.
- b) solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;
- c) avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;
- d) interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e
- e) registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

Art. 13. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

#### I - Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos:

- a) estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;
- c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;
- d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;
- e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;
- f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;



- g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;
- h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida; e
- i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.

#### II - Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos:

- a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;
- b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;
- c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;
- d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e
- e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

### Subseção II

#### Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva

Art. 14. A ação-chave Investigação de Problemas de Saúde Coletiva comporta o desempenho de Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde, com os seguintes descritores:

I - Acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento;

II - Relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e

III - Estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

Art. 15. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva comporta os seguintes descritores de seu desempenho único:

I - Participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;

II - Estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;

III - Estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;

IV - Promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas prioritizados;

V - Participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e

VI - Participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

## Seção II

### Da Área de Competência Gestão em Saúde

Art. 16. A Área de Competência Gestão em Saúde estrutura-se em 2 (duas) ações- chave:

I - Organização do Trabalho em Saúde; e

II - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.

## Subseção I

### Da Organização do Trabalho em Saúde

Art. 17. A ação-chave Organização do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Identificação do Processo de Trabalho:

a) identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde;

b) identificação de oportunidades e de desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção;

c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais;

d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças;

e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;

f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis; e

g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde.

II - Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção:

a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas prioritizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde;

b) apoio à criatividade e à inovação, na construção de planos de intervenção;

- c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde; e
- d) participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social.

Art. 18. A ação-chave Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Gerenciamento do Cuidado em Saúde:

- a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;
- b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança; e
- c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

II - Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde:

- a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;
- b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades;
- c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação;
- d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento;
- e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho; e
- f) estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

### Seção III

#### Da Área de Competência de Educação em Saúde

Art. 19. A Área de Competência de Educação em Saúde estrutura-se em 3 (três) ações-chave:

I - Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva;

II - Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento; e

III - Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.

#### Subseção I

##### Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva

Art. 20. A ação-chave Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva comporta os seguintes desempenhos:

I - Estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde; e

II - Identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.

#### Subseção II

##### Da Ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento

Art. 21. A ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento comporta os seguintes desempenhos:

I - Postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática;

II - Escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas;

III - orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde; e

IV - Estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais.

#### Subseção III

##### Da Ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos

Art. 22. A ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos comporta os seguintes desempenhos:

I - Utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações;

II - Análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis;

III - Identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis; e

IV - Favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.

### CAPÍTULO III

#### DOS CONTEÚDOS CURRICULARES E DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando:

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

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

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

IV - Compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado;

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

VI - Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;

VII - Abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena;

VIII - compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca.

Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013.

§ 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);

§ 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.

§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.

§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.

§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.

§ 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.

§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.

§ 10º Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal no 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.

§ 11º Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.

Art. 25. O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, e a IES deverá criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins.

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Art. 27. O Projeto Pedagógico que orientará o Curso de Graduação em Medicina deverá contribuir para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural.

Parágrafo único. O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 28. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado de curso, que indicará sua modalidade e periodicidade.

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

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

II - Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;

III - Incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos;

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

V - Criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista;

VI - Inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;

VII - Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

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

IX - Vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;

X - Promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;

Art. 30. A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Art. 31. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução.

Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido.

Art. 33. O Curso de Graduação em Medicina deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos, incluindo-se, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES no 1, de 17 de junho de 2010.

Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a

transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Parágrafo único. A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS.

Art. 35. Os Cursos de Graduação em Medicina deverão desenvolver ou fomentar a participação dos Profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, com vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência à população, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.

§ 1o A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CARM), sendo sua realização de âmbito nacional.

§ 2o A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

Art. 37. Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior. Parágrafo único. A determinação do caput é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 39. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

Art. 40. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.

Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CNE/CES no 4, de 9 de novembro de 2001, e demais disposições em contrário.

ERASTO FORTES MENDONÇA

Presidente em Exercício



## ANEXO D – EMENTÁRIO DAS DISCIPLINAS DO PRIMEIRO AO QUARTO PERÍODO

<b>1º PERÍODO</b>	
<b>CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS À SAÚDE</b>	<b>Departamento de Ciências Sociais</b>
Ciências Sociais e Medicina: contribuições interdisciplinares; determinantes sociais da saúde; prática profissional e realidade social; inserção sociocultural do profissional médico; aspectos socioculturais das políticas de saúde no Brasil; organização social e políticas públicas de saúde: participação popular e Medicina social.	
<b>CITOLOGIA E HISTOLOGIA APLICADAS À PRÁTICA MÉDICA I</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Noções básicas sobre citologia e histologia geral, compreendendo o estudo da anatomia microscópica com ênfase morfofuncional dos quatro tecidos fundamentais e suas variedades.	
<b>EMBRIOLOGIA HUMANA</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Estudo dos fenômenos essenciais do desenvolvimento embrionário humano e das principais patologias relacionadas à embriogênese e ao desenvolvimento fetal. Diagnóstico pré-natal: métodos de triagem e métodos diagnóstico.	
<b>GENÉTICA MÉDICA</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Citogenética clínica: os cromossomos humanos, estrutura, métodos de preparação, alterações numéricas e estruturais. Principais síndromes. Organização do genoma humano. DNA: estrutura, duplicação, transcrição, tradução. Fundamentos da regulação da expressão de genes humanos e Epigenética. Princípios da variabilidade genética. Mecanismos de herança monogênica, construção e interpretação de heredogramas. As principais doenças e síndromes monogênicas. Variações nos padrões de herança. Genética de populações. Herança das doenças complexas multifatoriais. Noções gerais da metodologia de manipulação gênica e suas aplicações na Medicina. Aspectos éticos. Aconselhamento genético.	
<b>INTRODUÇÃO À PESQUISA MÉDICA I</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Introdução ao conhecimento científico. Etapas do trabalho científico, estudos da metodologia de pesquisa médica e desenvolvimento de projetos de pesquisas na área da saúde, a partir de problemas de saúde relevantes para a formação do médico, para os serviços de saúde, para as famílias e para a comunidade.	
<b>INTRODUÇÃO AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO I: GESTAÇÃO E NASCIMENTO</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Abordagem do processo saúde-doença-cuidado relacionado à gestação, ao nascimento e aos primeiros 28 dias de vida, integrando os conceitos apreendidos nas disciplinas do período e sua aplicação a problemas identificados a partir das práticas na comunidade, introduzindo os elementos dos raciocínios clínico e epidemiológico na estruturação desses problemas.	
<b>MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL I</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Aplicação dos conceitos da Medicina Preventiva e Social na identificação, análise de situação e desenvolvimento de propostas de intervenções sobre a realidade vivenciada pelos alunos nas famílias, nas comunidades e nos serviços de saúde, com ênfase na capacitação dos alunos a aplicar os conceitos da epidemiologia para a compreensão da situação de saúde da população e reconhecimento das necessidades de atenção à saúde coletiva e individual.	

<b>PRÁTICAS NA COMUNIDADE I: GESTAÇÃO E NASCIMENTO</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Identificação e descrição dos principais problemas de saúde da comunidade relacionados à gestação e ao parto. Desenvolvimento de competências e habilidades para intervenção, juntamente com equipes multiprofissionais da atenção primária, sobre esses problemas. Desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em equipes multiprofissionais e em redes assistenciais hierarquizadas, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Contempla, dentre as suas atividades, a realização de práticas de extensão.	
<b>QUALIDADE DE VIDA, GESTÃO PESSOAL E DA CARREIRA MÉDICA</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Propiciar oportunidade de reflexão dos alunos sobre a carreira profissional em medicina por meio de palestra de profissionais da área e seminários temáticos. Apresentar aos alunos algumas ferramentas simples de gestão da rotina e de planejamento econômico e financeiro, buscando orientá-los na organização do tempo de forma a obter uma situação de equilíbrio entre as diferentes dimensões envolvidas na formação e na atuação profissional. Neste contexto é dada atenção especial à qualidade de vida do estudante e do futuro profissional, o que implica na devida valorização das relações interpessoais, o desenvolvimento cultural, a prática de atividades físicas no lazer, alimentação saudável, participação em atividades comunitárias e associativas.	
<b>SEMINÁRIO I</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Conteúdo flexibilizado, inspirado nas práticas investigativas e nos projetos de pesquisa em andamento. Aplicação de conhecimentos diversificados, necessários à formação das competências e habilidades inerentes ao cidadão e ao médico, conforme perfil almejado para o egresso.	
<b>.TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) E ROBÓTICA APLICADAS À EDUCAÇÃO E ÀS PRÁTICAS MÉDICAS</b>	<b>Departamento de Ciência da Computação</b>
Incorporação de tecnologias da informação, comunicação e robótica à educação e às práticas médicas. Tecnologia da informação para a saúde. Prontuário eletrônico do paciente, registros eletrônicos em saúde e sistemas de informação em saúde. Informática clínica. Telessaúde e assistência médica mediada por TIC e robótica: programas governamentais no Brasil, aplicações específicas, questões éticas e o lugar do médico. Educação médica mediada por TIC e educação médica permanente: programas governamentais no Brasil, aplicações específicas e o uso das TIC no Curso de Medicina.	

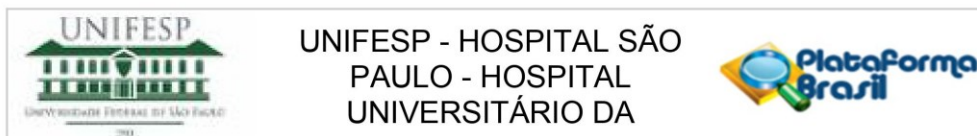
<b>2º PERÍODO</b>	
<b>ANATOMIA MÉDICA I</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Estudo anatômico segmentar do corpo humano em condições normais dos sistemas: esquelético, muscular, circulatório, respiratório, digestório, urinário (masculino e feminino) e nervoso.	
<b>BIOLOGIA CELULAR I</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Introdução ao estudo morfofuncional das moléculas biológicas e das estruturas celulares eucariontes, sua diferenciação e reprodução.	
<b>CITOLOGIA E HISTOLOGIA APLICADAS À PRÁTICA MÉDICA II</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>

Estudo teórico e prático da anatomia microscópica e relações histofisiológicas dos órgãos e sistemas do corpo humano. Processos degenerativos celulares e intersticiais. Transtorno do crescimento e da diferenciação celular.	
<b>FILOSOFIA: RAZÃO E MODERNIDADE</b>	<b>Departamento de Filosofia</b>
As origens da Filosofia. A Filosofia como busca do conhecimento. Ciência e Filosofia: o surgimento da modernidade, a racionalidade instrumental e o impacto das novas tecnologias. A questão do saber e da linguagem nas sociedades contemporâneas.	
<b>IMUNOLOGIA E IMUNOPATOLOGIA MÉDICA</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Características e princípios da Imunologia. Infecção e imunidade. Células e tecidos linfóides. Indução, produção e regulação da resposta imune. Mecanismos imunológicos de defesa e lesão tecidual (hipersensibilidade). Imunogenética (grupos sanguíneos e sistema MHC). Imunologia dos transplantes. Tolerância imunológica e autoimunidade. Imunodeficiências. Imunidade anti-infecciosa, parasitária e antitumoral. Imunomodulação e imunoprofilaxia. Métodos imunológicos de diagnóstico.	
<b>INTRODUÇÃO À PESQUISA MÉDICA II</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Introdução ao conhecimento científico. Etapas do trabalho científico, estudos da metodologia de pesquisa médica e desenvolvimento de projetos de pesquisas na área de saúde, a partir de problemas de saúde relevantes para a formação do médico, para os serviços de saúde, para as famílias e para a comunidade. Estudos dos métodos quantitativos em pesquisas da área da saúde.	
<b>INTRODUÇÃO AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO II: INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Abordagem do processo saúde-doença-cuidado relacionado à infância e adolescência, integrando os conceitos apreendidos nas disciplinas do período e sua aplicação a problemas identificados a partir das práticas na comunidade, introduzindo os elementos dos raciocínios clínico e epidemiológico na estruturação desses problemas.	
<b>MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL II</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Aplicação dos conceitos de Medicina Preventiva e Social na identificação, análise de situação e desenvolvimento de propostas de intervenções sobre a realidade vivenciada pelos alunos nas famílias, nas comunidades e nos serviços de saúde, com ênfase na capacitação dos alunos para aplicar os conceitos da epidemiologia na avaliação dos métodos diagnósticos, para compreensão da situação de saúde dos indivíduos e populações, embasando a correta utilização e interpretação dos exames para rastreamento populacional e diagnóstico individual. Também aplicar os conceitos de epidemiologia para identificação de causas de doenças e de seus fatores de risco.	
<b>PRÁTICAS NA COMUNIDADE II: INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Identificação e descrição dos principais problemas de saúde da comunidade relacionados à infância e adolescência. Desenvolvimento de competências e habilidades para intervenção, juntamente com equipes multiprofissionais da atenção primária, sobre esses problemas. Desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em equipes multiprofissionais e em redes assistenciais hierarquizadas, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Contempla, dentre as suas atividades, a realização de práticas de extensão.	
<b>SEMINÁRIO II</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Conteúdo flexibilizado, inspirado nas práticas investigativas e nos projetos de pesquisa em andamento. Aplicação de conhecimentos diversificados, necessários à formação das competências e habilidades inerentes ao cidadão e ao médico, conforme perfil almejado para o egresso.	

<b>3º PERÍODO</b>	
<b>ANATOMIA MÉDICA II</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Estudo anatômico sistêmico do corpo humano, composição dos sistemas orgânicos e seus órgãos, localizações e relações anatômicas entre os mesmos. Estudo dos órgãos dos sentidos. Neuroanatomia aplicada à prática clínica.	
<b>BIOLOGIA CELULAR II</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Estudo da estrutura, propriedades e conformação molecular dos componentes químicos orgânicos dos seres vivos, das funções resultantes de sua interação molecular, bem como sua implicação em processos fisiológicos e patológicos. Análise dos fundamentos da bioquímica e biofísica com vistas a preparações para avaliação e julgamento clínico na Medicina.	
<b>FILOSOFIA: ANTROPOLOGIA E ÉTICA</b>	<b>Departamento de Filosofia</b>
Concepções filosófico-antropológicas. O ser humano como ser no mundo e sua dimensão simbólico-cultural. A condição ética da ação humana. Questões éticas fundamentais e atuais, sociedade de consumo, diversidade étnica e desafios ecológicos.	
<b>FISIOLOGIA MÉDICA I</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Estudo dos principais mecanismos que mantêm o organismo humano funcionando corretamente, sua relação com o meio ambiente e as variações que estes mecanismos podem sofrer.	
<b>INTRODUÇÃO À PESQUISA MÉDICA III</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Etapas do trabalho científico, estudos da metodologia de pesquisa médica e desenvolvimento de projetos de pesquisas na área de saúde, a partir de problemas de saúde relevantes para a formação do médico, para os serviços de saúde, para as famílias e para a comunidade. Estudos dos métodos qualitativos em pesquisas da área de saúde.	
<b>INTRODUÇÃO AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO III: ADULTOS</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Abordagem do processo saúde-doença-cuidado relacionado à idade adulta, integrando os conceitos apreendidos nas disciplinas do período e sua aplicação a problemas identificados a partir das práticas na comunidade, introduzindo os elementos dos raciocínios clínico e epidemiológico na estruturação desses problemas.	
<b>MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL III</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Relação Estado-sociedade, democracia, cidadania e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Processos de trabalho e modelos de gestão em saúde: conceitos básicos aplicados à gestão do cuidado, gestão da clínica, gestão de estabelecimentos e de sistemas de saúde; gestão estratégica e participativa. Planejamento em saúde: história e estrutura atual do planejamento no SUS. Avaliação em saúde: dilemas, possibilidades e situação atual no SUS.	
<b>PRÁTICAS NA COMUNIDADE III: ADULTOS</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Identificação e descrição dos principais problemas de saúde da comunidade relacionados à idade adulta. Desenvolvimento de competências e habilidades para intervenção, juntamente com equipes multiprofissionais da atenção primária, sobre esses problemas. Desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em equipes multiprofissionais e em redes assistenciais hierarquizadas, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Contempla, dentre as suas atividades, a realização de práticas de extensão.	
<b>SEMINÁRIO III</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Conteúdo flexibilizado, inspirado nas práticas investigativas e nos projetos de pesquisa em andamento. Aplicação de conhecimentos diversificados, necessários à formação das competências e habilidades inerentes ao cidadão e ao médico, conforme perfil almejado para o egresso.	

<b>4º PERÍODO</b>	
<b>ANATOMIA MÉDICA III</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Introdução à organização morfofuncional do aparelho locomotor (cabeça, tronco e membros superiores e inferiores), avaliando a relação entre este e os outros sistemas a ele relacionado, aplicado à prática médica.	
<b>FISIOLOGIA MÉDICA II</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Estudo das funções dos principais órgãos e sistemas do corpo humano, sua coordenação e integração, inter-relacionadas com a anatomia e variações patológicas.	
<b>INTRODUÇÃO À SEMIOLOGIA MÉDICA</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Relação médico-paciente; Relação médico-paciente-família. Relação estudante/paciente/serviço de saúde; Introdução ao método clínico; Anamnese geral: Aspectos gerais, objetivos, semiotécnica e elementos; Semiologia dos sintomas gerais. Exame físico geral (I): técnicas básicas; Sinais vitais e ectoscopia. Exame físico geral: Introdução ao exame clínico dos sistemas específicos em adultos (II): segmento da cabeça e pescoço, tórax, abdome e membros inferiores. Exame clínico na criança, no adolescente, no paciente adulto, no idoso e no paciente psiquiátrico.	
<b>INTRODUÇÃO AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO IV: IDOSOS</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Abordagem do processo saúde-doença-cuidado relacionado à velhice, integrando os conceitos apreendidos nas disciplinas do período e sua aplicação a problemas identificados a partir das práticas na comunidade, introduzindo os elementos dos raciocínios clínico e epidemiológico na estruturação desses problemas.	
<b>MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL IV</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Relação Estado-sociedade, democracia, cidadania e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Processos de trabalho e modelos de gestão em saúde: conceitos básicos aplicados à gestão do cuidado, gestão da clínica, gestão de estabelecimentos e de sistemas de saúde; gestão estratégica e participativa. Planejamento em saúde: história e estrutura atual do planejamento no SUS. Avaliação em saúde: dilemas, possibilidades e situação atual no SUS.	
<b>MICROBIOLOGIA MÉDICA E DOENÇAS INFECCIOSAS</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Estudo morfológico, fisiológico, genético e taxonômico dos principais grupos de fungos, bactérias e vírus. Interação com o hospedeiro e mecanismos de patogenicidade. Métodos de controle e profilaxia de doenças infecciosas.	
<b>PARASITOLOGIA MÉDICA E DOENÇAS PARASITÁRIAS</b>	<b>Departamento de Ciências Biológicas</b>
Estudo das doenças parasitárias humanas, bem como agentes etiológicos, vetores e reservatórios. Condutas e avaliações diagnósticas, profilaxia e tratamentos propostos.	
<b>PRÁTICAS NA COMUNIDADE IV: IDOSOS</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Identificação e descrição dos principais problemas de saúde da comunidade relacionados à terceira idade. Desenvolvimento de competências e habilidades para intervenção, juntamente com equipes multiprofissionais da atenção primária, sobre esses problemas. Desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em equipes multiprofissionais e em redes assistenciais hierarquizadas, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Contempla, dentre as suas atividades, a realização de práticas de extensão.	
<b>SEMINÁRIO IV</b>	<b>Departamento de Medicina</b>
Conteúdo flexibilizado, inspirado nas práticas investigativas e nos projetos de pesquisa em andamento. Aplicação de conhecimentos diversificados, necessários à formação das competências e habilidades inerentes ao cidadão e ao médico, conforme perfil almejado para o egresso.	

## ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM CURSO DE MEDICINA NO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO."

**Pesquisador:** FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05053418.8.0000.5505

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.165.792

#### Apresentação do Projeto:

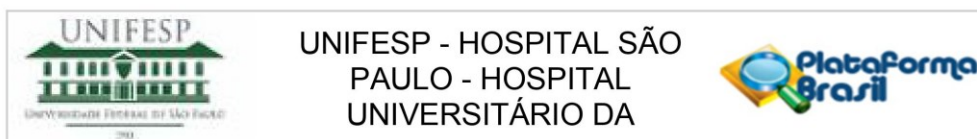
-Projeto CEP/UNIFESP n:1533/2018 (parecer final)

-Trata-se de projeto de mestrado de FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO. Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira; Projeto vinculado ao CEDESS, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

-Centro Coparticipante: Sociedade Mineira de Cultura; responsável: IRAN CALIXTO JORGE;

**APRESENTAÇÃO:** A pesquisa tem por objetivo analisar o processo de implantação de um curso de medicina no interior do Estado de Minas Gerais à luz das DCNs de 2014. Para atingir o objetivo optou-se por metodologia qualitativa com um estudo de caso, descritivo e exploratório. Os instrumentos de coleta serão compostos por análise documental, entrevista semiestruturada e grupo focal. A análise dos dados ocorrerá por meio da análise de conteúdo na modalidade temática. O contexto será no âmbito de um curso de medicina em uma Universidade privada do interior do Estado de Minas Gerais, curso criado em 2018, com ingresso de duas turmas de acadêmicos de medicina, com total de 50 alunos por turma. A população de estudo será composta por um Coordenador do curso de medicina, dez docentes (com atuação nas disciplinas teóricas e/ou práticas) que serão acompanhados por esta pesquisa, e dezesseis discentes, da disciplina Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Espera-se, evidenciar os desafios e potencialidades do

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.165.792

processo de implantação deste curso de medicina, frente ao proposto nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014; evidenciar a trajetória inicial da formação do profissional médico nos diferentes e possíveis cenários de ensino-aprendizagem na rede SUS, e a resposta às necessidades de saúde da sociedade.

-HIPÓTESE: Assim como ocorre na maioria das escolas de medicina do país, o PPP da faculdade de medicina no interior do estado de Minas Gerais, construído à luz das DCNs de 2014, gera desafios tanto na perspectiva institucional, como junto ao corpo docente e discente. Identificá-los como potencialidades e fragilidades.

**Objetivo da Pesquisa:**

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar o processo de implantação de um curso de medicina no interior do Estado de Minas Gerais à luz das DCNs de 2014.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: .• Analisar as contribuições do currículo frente aos desafios epidemiológicos regionais e nacional, à luz dos artigos três, cinco, vinte e seis, e vinte e nove das DCNs de 2014. • Identificar as potencialidades e desafios, junto ao corpo docente, no desenvolvimento da organização curricular, frente aos artigos três, cinco, vinte e seis, e vinte e nove das DCNs de 2014.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Esta pesquisa apresenta mínimos riscos esperados para os sujeitos da pesquisa, como percepção de desconforto ou constrangimento na entrevista semiestruturada ou no grupo focal.

-BENEFÍCIOS: Contribuir com a Instituição e Secretaria Municipal de Saúde na oferta de um curso de medicina alinhado às DCNs e comprometido com as necessidades do município. A construção de conhecimento sobre a formação e fixação médica será um elemento qualificador para o processo de implantação do referido Curso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

TIPO DE ESTUDO: metodologia qualitativa com um estudo de caso, descritivo e exploratório. Os instrumentos de coleta serão compostos por análise documental, entrevista semiestruturada e grupo focal.

LOCAL: Curso de Medicina da PUC de Minas Gerais, Campus Poços de Caldas;

PARTICIPANTES: A população de estudo será composta por 1 Coordenador do curso de medicina, 10 docentes (com atuação nas disciplinas teóricas e/ou práticas) que serão acompanhados por esta pesquisa, e 16 discentes, da disciplina Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br





Continuação do Parecer: 3.165.792

-Critério de Inclusão: Ser docente ou discente na faculdade de medicina do interior do estado de Minas Gerais. Discentes da disciplina Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico, para participação nos grupos focais.

-Critério de Exclusão: Docentes e discentes que se posicionarem desconfortáveis no envolvimento com a pesquisa.

**PROCEDIMENTOS:**

1-A pesquisa documental deste projeto de pesquisa será composta por: • Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 • Projeto Político Pedagógico de uma Faculdade de Medicina no interior do Estado de Minas Gerais. • Ementas e Planos de Disciplinas da IES pesquisada. • Banco de dados epidemiológicos do município.

2-Entrevista Semiestruturada: As entrevistas serão gravadas e realizadas com o coordenador e com docentes da Faculdade de Medicina do interior do Estado de Minas Gerais, responsáveis pelas disciplinas acompanhadas por esta pesquisa. Os entrevistados serão identificados pela letra C para o Coordenador e P para professores, acompanhada do número equivalente da sequência em que foi entrevistado (1, 2 e assim por diante).

3-Grupo Focal: Serão realizados dois grupos focais, integrados por discentes da disciplina Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico, da Turma 1 e Turma 2 (ambas iniciadas no primeiro período de implantação desta faculdade de medicina, em fevereiro de 2018). As questões norteadoras terão similaridade com as construídas para as entrevistas junto aos professores procurando desvendar as percepções dos dois grupos quanto ao processo de implantação do Curso de Medicina nesta cidade do interior de Minas Gerais.

(mais informações, ver projeto detalhado).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2- TCLE a ser aplicado aos participantes.

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)- anuência do Coordenador do Curso de Medicina da PUC de Minas Gerais, Campus Poços de Caldas (Pasta: TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência- Submissão 1; Documento: termo\_anuencia.pdf)

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br





Continuação do Parecer: 3.165.792

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Respostas ao parecer nº 3.115.294 de 17 de Janeiro de 2019. Todas as correções foram feitas e acatadas. PROJETO APROVADO.

1-Sera necessario enviar o roteiro das entrevistas a serem aplicadas aos docentes e discentes (grupos focais).

R:

Roteiro das entrevistas junto ao Coordenador do curso de medicina (C) e aos professores (P):

- 1) Diante dos artigos 3,5,26,29 das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, para o curso de medicina, qual sua opinião sobre a importância destes artigos na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?
- 2) Nestes dois primeiros anos de implantação do curso de medicina, quais as potencialidades identificadas e as dificuldades (desafios) para efetivamente promover a formação dos acadêmicos à luz destes artigos das DCNs 2014?
- 3) Quais as estratégias pedagógicas desenvolvidas para atingir os objetivos na formação inicial dos acadêmicos na proposta destes artigos?

Roteiro para entrevista com os dois grupos focais, integrados por discentes da disciplina Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico:

- 1) Diante dos artigos 3,5,26,29 das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, para o curso de medicina, qual sua opinião sobre a importância destes artigos na formação inicial dos acadêmicos de medicina nesta faculdade?
- 2) Nestes dois primeiros anos de implantação do curso de medicina, quais as potencialidades identificadas e as dificuldades (desafios) para efetivamente promover a formação dos acadêmicos à luz destes artigos das DCNs 2014?
- 3) Quais as estratégias pedagógicas desenvolvidas pelos docentes que contribuíram para sua formação à luz destes artigos das DCNs de 2014?

Obs: Os artigos citados serão impressos e entregues ao Coordenador, Professores e aos Alunos.

2- Adequar, no formulario de submissao da Plataforma Brasil, o campo "Riscos": favor informar quais sao os riscos, por minimos que sejam.

R: Esta pesquisa apresenta mínimos riscos esperados para os sujeitos da pesquisa, como

<b>Endereço:</b> Rua Francisco de Castro, 55	<b>CEP:</b> 04.020-050
<b>Bairro:</b> VILA CLEMENTINO	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO PAULO
<b>Telefone:</b> (11)5571-1062	<b>Fax:</b> (11)5539-7162
	<b>E-mail:</b> cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.165.792

percepção de desconforto ou constrangimento na entrevista semiestruturada ou no grupo focal.

3-Em relação ao TCLE:

a) -informar os riscos relacionados aos procedimentos, por mínimos que sejam.

R: Foi acrescentado ao TCLE: "Esta pesquisa apresenta mínimos riscos esperados para os sujeitos da pesquisa, como percepção de desconforto ou constrangimento na entrevista semiestruturada ou no grupo focal."

b) - todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), mesmo que seja uma só (1/1).

R: Todas as páginas (total de 3 páginas do TCLE) foram numeradas conforme solicitado (1/3, 2/3, 3/3).

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1268680.pdf	14/02/2019 22:27:14		Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	14/02/2019 22:25:59	FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	14/02/2019 20:54:19	FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_anuencia.pdf	20/12/2018 20:10:30	FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_FranciscaBarreiro.pdf	20/12/2018 18:44:02	FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_UNIFESP.pdf	20/12/2018 12:49:51	FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA

Continuação do Parecer: 3.165.792

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	20/12/2018 12:21:16	FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	--	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 23 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br