



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**JAMYLLÉ LANDIM DE SOUSA
RÔNNEY PINTO LOPES**

**EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA EM EVIDÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS
AVANÇOS E INSUFICIÊNCIAS A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES
NACIONAIS**

CAJAZEIRAS – PB

2016

JAMYLLÉ LANDIM DE SOUSA

RÔNNEY PINTO LOPES

**EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA EM EVIDÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS
AVANÇOS E INSUFICIÊNCIAS A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES
NACIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito parcial obrigatório à obtenção
do título de Médico.

Orientador: Henrique Gonçalves Dantas de
Medeiros.

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S725e Sousa, Janylle Landim de.
Educação médica brasileira em evidência: uma análise dos avanços e
insuficiências a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais / Janylle
Landim de Sousa, Rôney Pinto Lopes. - Cajazeiras, 2016.

104f.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros.
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2016.

1. Médicos - formação de professor. 2. Educação médica. 3. Docentes
de medicina. 4. Ensino de medicina. 5. Reforma curricular. I. Lopes,
Rôney Pinto. II. Medeiros, Henrique Gonçalves Dantas de. III.
Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de
Professores. V. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 614.253.1:377.8

JAMYLLLE LANDIM DE SOUSA
RÔNNEY PINTO LOPES

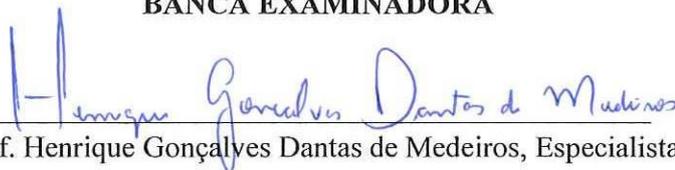
**EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA EM EVIDÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS
AVANÇOS E INSUFICIÊNCIAS A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES
NACIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito parcial obrigatório à obtenção
do título de Médico.

Orientador: Henrique Gonçalves Dantas de
Medeiros.

Aprovado em 01/08 / 2016

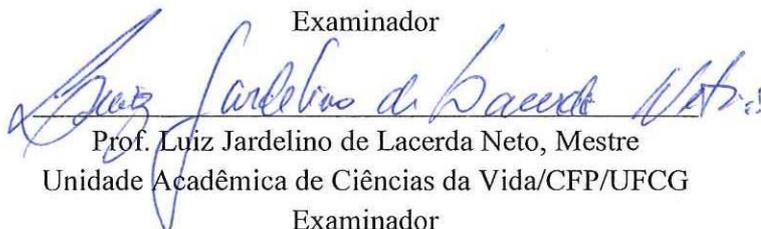
BANCA EXAMINADORA



Prof. Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros, Especialista
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG
Orientador



Prof. Allan Pablo do Nascimento Lameira, Doutor
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG
Examinador



Prof. Luiz Jardelino de Lacerda Neto, Mestre
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG
Examinador

AGRADECIMENTOS

À Deus, por nos dar sabedoria para trilhar o melhor caminho, por nos edificar e nos ter concedido capacidade e força para concretizar mais essa etapa.

Às nossas famílias, por todo amor, apoio incondicional e estímulo que sempre injetaram em nossas vidas.

À Universidade Federal de Campina Grande, *campus* de Cajazeiras-PB, pois foi o cenário que nos possibilitou viver intensamente, durante 6 (seis) anos, o mundo do ensino superior. Foi nela que nos desafiamos a lutar por uma educação transformadora, que pudesse dar sua contribuição na vida de um povo tão feliz e lutador. Fomos insistentes e inquietos ao longo desses anos, porque nunca ouvimos outro termo que pudesse dar significado à UFCG para a população cajazeirense, senão a palavra “conquista”. Quem chega à Cajazeiras, vê nossa Universidade em um dos pontos mais altos da cidade, mas hoje, depois de seis anos, deixamos essa terra certos de que pudemos dar nossas contribuições, mesmo que pequenas, mas valiosas, para deixá-la mais próxima da história e do futuro dessa gente.

Ao orientador deste trabalho, Prof. Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros, por sua amizade, dedicação e paciência em nos orientar. Por sua firmeza em acreditar em um projeto de curso inovador e por sua referência nas principais lutas ao longo dos últimos anos, temos a certeza de que o esforço em produzir mais esse projeto não poderia ter sido compartilhado com outra pessoa.

Aos docentes que compuseram a banca examinadora desta pesquisa, o Prof. Dr. Allan Pablo do Nascimento Lameira e Prof. Msc. Luiz Jardelino de Lacerda Neto, pelas brilhantes considerações que guiaram a confecção final deste trabalho, e pela dedicação na construção do curso de Medicina.

À Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, pela valiosa ajuda dispensada na produção desse estudo, compartilhando conosco sua experiência com a pesquisa científica.

Aos demais docentes da UFCG, por acreditar na capacidade que o curso de Medicina tem em formar bons profissionais, críticos, reflexivos e comprometidos socialmente. Apesar dos enormes desafios que ainda se impõem, lutam em um dos períodos, na nossa concepção, mais áridos à capacidade de mobilização junto às transformações. Não podemos deixar de destacar aqueles que, ao longo de nossa graduação, estiveram à frente dos espaços de gestão ou que nos marcaram por sua enorme contribuição junto à história do curso. Em especial, à Prof.^a Ms. Ana Carolina de Souza Pieretti, Prof.^a Ms. Sofia Dionizio Santos, Prof.^a Ms. Veruscka Pedrosa Barreto e Prof. Esp. Vinícius Ximenes Muricy da Rocha.

Aos nossos amigos e colegas, pelo carinho, apoio e por estarem conosco ao longo desta caminhada. Foram imprescindíveis em nossas vidas os que estiveram juntos conosco na vivência do curso e fora dele, enfrentando as dificuldades manifestadas pela distância de nossas famílias. E também aqueles que, de mãos dadas, dentro e fora do Centro Acadêmico, estiveram nas mesmas lutas pelas melhorias do curso e da universidade, dos quais, certamente, serão nossas referências ao longo da vida.

Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.

Paulo Freire

RESUMO

As discussões sobre a maneira como se organiza e pensa a formação médica, aliada às profundas transformações no mundo do trabalho em saúde, ampliaram-se nas últimas três décadas, tendo como marco a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 e recentes mudanças nas políticas de educação e saúde, através da lei do Mais Médicos. Constata-se, nesse sentido, a imprescindibilidade de se avaliar os rumos da educação médica brasileira. Esta pesquisa tem como objetivo geral investigar quais avanços e insuficiências, no processo de reforma curricular, são encontrados nas escolas médicas brasileiras, durante os últimos quinze anos, após as DCN de 2001, e os objetivos específicos de investigar o impacto da reforma curricular sobre o processo de integração ensino-serviço-comunidade e de desenvolvimento docente. Foi realizada uma revisão bibliográfica do tipo integrativa. Adotou-se, como fonte de pesquisa, a base de dados encontrada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A seleção das pesquisas ocorreu por meio das leituras dos títulos, resumos e textos completos, sendo selecionados, ao final, 15 trabalhos. Após as DCN, as escolas médicas introduziram mudanças em seus projetos político-pedagógicos, a fim de formar profissionais voltados para as necessidades da população e do SUS. Nesse sentido, os estudos evidenciam ser fundamental o incentivo à integração ensino-serviço-comunidade, principalmente com a inserção longitudinal dos estudantes em cenários diversificados, com ênfase na Atenção Primária à Saúde e no envolvimento docente. As políticas indutoras criadas ao longo dos anos 2000 produziram mudanças na relação dos cursos com a rede de saúde e a comunidade, mas representam experiências limitadas em relação à sua abrangência no conjunto das escolas e ao poder de influência sobre o perfil do egresso. Sobre a docência, os estudos apontam a relevância do papel dos docentes na concretização das transformações curriculares. Os estudos destacam a insuficiência quanto à formação pedagógica e ao processo de capacitação gerencial como entraves, considerando a relevância dessas competências para imprimir mudanças na formação profissional. Portanto, é evidente que as DCN têm provocado mudanças, mas a transformação ainda se encontra distante. Dessa forma, é necessário ressignificar o ensino e promover sua integração com o sistema de saúde, pois somente assim, a formação médica cumprirá seu papel social.

Palavras-chave: Educação médica. Currículo. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Docentes de Medicina.

ABSTRACT

Discussions on how medical training is thought and organized, combined with profound changes in the world of health work, broadened the past three decades, marked by the establishment of the Unified Health System (SUS), the National Curriculum Guidelines (DCN) in 2001 and recent changes in education and health policies, through the More Doctors law. It is noted in this regard that it is essential to evaluate the course of the Brazilian medical education. This research has the general objective to investigate what progress and shortcomings in the process of curriculum reform, are found in Brazilian medical schools, during the last fifteen years, after the DCN 2001 and the specific objectives of investigating the impact of curriculum reform on the teaching-service-community integration and teacher development. A literature review of the integrative type was performed. It was adopted as a research source, the database found in the Virtual Health Library (BVS): LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences). The selection of the researches took place through the readings of the titles, abstracts and full texts, and 15 papers were selected at the end. After the DCN, medical schools have introduced changes in their political-pedagogical projects to train professionals focused on the needs of the population and the SUS. In this sense, studies show it is essential to encourage the teaching-service-community integration, especially with the longitudinal integration of students in diverse scenarios, with emphasis on Primary Health Care and teacher involvement. The inducing policies created during the 2000s produced changes in the list of courses with the health system and the community, but they represent limited experience in relation to its scope in all the schools and the power of influence on the graduate's profile. On teaching, studies indicate the important role of teachers in implementing the curriculum changes. The studies highlight the failure on the pedagogical training and managerial training process as barriers, considering the importance of these skills to print changes in vocational training. Therefore, it is evident that the DCN have caused changes, but a real transformation is still far. Thus, it is necessary to reframe the education and to promote their integration with the health system, for only then, medical training will fulfill their social role.

Keywords: Medical education. Curriculum. Unified Health System. Primary Health Care. Medical Faculty.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos estudos incluídos na amostra referentes ao ano de publicação	41
Tabela 2	Distribuição dos estudos segundo periódico de publicação do mesmo	42
Tabela 3	Distribuição do quantitativo de autores por artigo consultado	42
Tabela 4	Percepção dos atores sociais de 28 escolas médicas ao considerarem os vetores do eixo Desenvolvimento Docente - Caem/Abem, 2007	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Eixos de transformação da educação médica propostos pela Cinaem	24
Quadro 2	Estrutura das DCN-2014	33
Quadro 3	Síntese dos resultados e conclusões sobre reforma curricular e integração ensino-serviço-comunidade	44
Quadro 4	Síntese dos resultados e conclusões sobre reforma curricular e os processos de desenvolvimento docente	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
ANASEM	Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina
ANMR	Associação Nacional dos Médicos Residentes
APS	Atenção Primária à Saúde
BASis	Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Caem	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CES	Câmara de Educação Superior
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coapes	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
CONAES	Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Crempes	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
IES	Instituição de Ensino Superior
IACG	Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação
IDA	Integração Docente-Assistencial
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
Promed	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RBEM	Revista Brasileira de Educação Médica
SESu	Secretaria de Educação Superior
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Breve contextualização das concepções de educação médica no século XX e início do século XXI	18
3.2 Os movimentos de mudança a partir da CINAEM e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001	21
3.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e as estratégias de implementação ao longo dos anos 2000	27
3.4 O Programa Mais Médicos e um novo período de mudanças na formação médica brasileira.	30
3.5 Mudanças na formação médica brasileira (da graduação) entre 2013 e 2016.....	31
4 MÉTODO	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Critérios para realização da revisão integrativa.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Especificidades sobre os artigos analisados	41
5.2 Análise dos estudos sobre reforma curricular e integração ensino-serviço-comunidade.....	42
5.3 Análise dos estudos sobre reforma curricular e docência.....	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A maneira como se organiza e pensa a formação médica, aliada às profundas transformações no mundo do trabalho em saúde, essa última em decorrência da estrutura econômica dominante em que a sociedade se desenvolve, são consideradas discussões que tomaram relevância no século passado, ampliando-se, sobretudo, nas últimas três décadas (OLIVEIRA, 2007).

Trazer para a análise o modo de formar médicos determina, em um espectro maior, destacar a evolução, os impasses e desafios nos processos de reforma e transformação dos sistemas nacionais de saúde, sobretudo no Brasil, após o advento do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata também de observar questões de ordem política, socioeconômica e cultural inseridas no ensino da medicina (LAMPERT, 2009).

Os limites do paradigma flexneriano na estruturação dos currículos de graduação em medicina no Brasil, a destacar a visão biologicista, tendência à subespecialização, fragmentação do conhecimento, direcionamento dos cenários de prática para o laboratório e hospital, conformaram experiências de contestação que se iniciaram na década de 60, com o advento da medicina preventiva e que, no Brasil, tiveram profunda relação com as contribuições do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e de projetos como a Integração Docente-Assistencial (IDA) e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, denominada CINAEM (CINAEM, 2000; STREIT, 2012).

Todas essas iniciativas culminaram na instituição de políticas de mudança na formação médica, sobretudo a criação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina (DCN), documento que tratou de definir os princípios, fundamentos, condições e procedimentos na formação dos médicos (BRASIL, 2001a).

Porém, passados 15 anos da publicação das DCN, enfrentar o desafio de construir um sistema de saúde brasileiro com profissionais médicos competentes, humanos e éticos, buscando atender às necessidades ampliadas de saúde da sociedade, significa oportunizar a avaliação da organização dos currículos ao longo dos últimos anos, sobretudo, nos eixos de maior impacto sobre a formação, destacando-se o corpo docente e a integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade.

A importância da análise desses dois eixos reside na sua relevante influência sobre as diferentes tipologias de tendências encontradas nas escolas médicas brasileiras, evidenciando-se desde currículos tradicionais, que ainda seguem a lógica do paradigma flexneriano, até

aqueles que inovaram em alguns aspectos, e ainda instituições que realizaram profunda transformação de valores e princípios que influenciam a formação dos médicos brasileiros.

Além disso, as principais mudanças recentes nas políticas públicas de saúde e educação, implementadas através da lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), que institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências, envolvem a abertura de novas vagas de ingresso e novas escolas de medicina no país, além da adequação das Diretrizes Curriculares Nacionais, buscando enfrentar os desafios ainda colocados sobre a formação dos profissionais médicos. A partir desse último objetivo, foram instituídas novas DCN, através da resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, apresentando mudanças sobre os eixos da docência e do processo de integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2014b).

Portanto, a realização dessa investigação concretizou-se, considerando os desafios propostos na implementação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a necessidade de se identificar os avanços e insuficiências encontrados nas escolas médicas nos últimos 15 anos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar os avanços e insuficiências encontrados no processo de reforma curricular nas escolas médicas brasileiras, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar as contribuições dos estudos científicos selecionados com relação ao impacto da reforma curricular no processo de integração ensino-serviço-comunidade, com ênfase na Atenção Primária à Saúde.

Verificar as contribuições dos estudos científicos selecionados com relação ao impacto da reforma curricular nos processos de desenvolvimento docente em escolas médicas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve contextualização das concepções de educação médica no século XX e início do século XXI

A educação médica, que desde o início do século XX tem suscitado inúmeras discussões em todo o mundo, não é considerada transcendente ou isolada de seu tempo, mas se encontra influenciada pela estrutura econômica da sociedade em um dado tempo histórico, relacionando-se, portanto, com outros processos, especialmente com a prática médica.

No início do século XX, o pesquisador e educador norte-americano Abraham Flexner, apoiado pela Carnegie Foundation, visitou 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá durante um período de 180 dias, publicando após o relatório *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (FLEXNER, 1910).

Esse processo de avaliação, que culminou com a publicação do relatório em 1910, além de não contar com a aplicação de critérios validados, foi realizado por um único especialista sem a presença de um instrumento avaliativo padronizado (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O relatório Flexner apontou para um novo modelo de reordenamento da educação médica, a que se denominou “biomédico”. Com forte base positivista, considera a superioridade do conhecimento científico e atrela a grandes desenvolvimentos tecnológicos. Propõe o enfoque central na doença, com componente predominantemente biológico; fragmentação curricular em um ciclo básico e um ciclo clínico, centrados no laboratório e hospital, respectivamente; processo de ensino-aprendizagem verticalizado, centrado no professor; e capacitação docente direcionada por competência científica (LAMPERT, 2009; MARANHÃO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

Profundamente influenciado pelo modelo de educação médica alemão, a obra de Flexner, ao tempo em que se torna principal instrumento de acreditação das escolas de Medicina nos EUA e Canadá, influenciou a regulamentação das instituições existentes nesses países (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Antes de suas recomendações, existia múltiplas abordagens dentro das instituições de ensino norte-americanas. Do misticismo à medicina homeopática, não existia controle estatal sobre o processo de abertura, os critérios de admissão de estudantes e o tempo de duração dos cursos nos EUA. A partir da influência do Relatório Flexner, foram fechadas várias escolas

médicas, caindo de 131 para 81 em 12 anos que se sucedeu a publicação (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Mesmo que se considere que as contribuições de Flexner abriram maior amplitude a um processo de consolidação do modelo científico que já se encontrava em andamento, não se pode creditá-lo como único postulante de uma nova ordem médica hegemônica. Porém, indubitavelmente, sua principal contribuição residiu em conduzir o processo de reconstrução do ensino médico que influenciou todo o Ocidente na primeira metade do século XX.

À época, o estado da arte em educação médica no Brasil sofria influência, sobretudo, do modelo francês, que se espalhou pelo mundo a partir de 1830, com grande foco na clínica, além do modelo alemão, com um ensino centrado na especialização, hierarquia, no hospital e na pesquisa experimental (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Depois da Segunda Guerra Mundial, novas relações culturais e econômicas foram estabelecidas no mundo com decréscimo da influência europeia. Desse modo, a reforma educacional proposta por Flexner repercutiu de maneira tardia no Brasil, encontrando condições objetivas de implantação a partir da Reforma Universitária de 1968, em que passa a se tornar oficial.

As ideias da Reforma Universitária de 1968, definiam que todos os cursos de saúde estariam alicerçados nos mesmos conjuntos de ciências básicas; como decorrência, os professores lecionavam certas áreas do conhecimento, sem reconhecer a real relevância para a formação de médicos. Houve a desarticulação entre o ciclo básico e o profissionalizante, de maior enfoque nas especialidades, influenciando sobremaneira a prática e o ensino médico (BELTRAME, 2006).

A partir da década de 60, o movimento da Medicina Preventiva teve destacado papel ao questionar a prática médica vigente, centrada na figura do hospital, apropriando-se dos conceitos de prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, Arouca (2003, *apud* PEREZ, 2004) considera que o discurso da medicina preventiva surge

[...] como herdeiro de três vertentes: a higiene, no século 19, relacionada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal; a discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 30 e 40 do século XX; e a redefinição das responsabilidades médicas na educação profissional. Cada uma delas fez a crítica da anterior e amplia os horizontes de atuação do médico, associando a formação desse profissional ao acúmulo de conhecimento trazido por outras ciências e revelando a importância da comunidade, da família e da percepção do homem em sua plenitude e totalidade. (PEREZ, 2004, p. 9)

Além disso, para Arouca (2003, *apud* OLIVEIRA, 2007),

[...] na medicina, a unidade mais simples de análise a ser considerada é o cuidado médico, que envolve uma relação entre duas pessoas. A primeira que transforma um sofrer, uma insegurança, enfim um sentir em necessidade que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado. É a educação médica que prepara e legitima sujeitos para esse trabalho, tendo como modelo a forma histórica de exercício desse cuidado que atua sobredeterminando essa formação. (OLIVEIRA, 2007, p. 13)

É também a partir da década de 60 que se contesta, em todo o mundo, o descompromisso da medicina com as necessidades de saúde da população. É nesse contexto que a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), fundações Kellogg, Rockefeller, entidades de classe e outras instituições de meios acadêmicos iniciaram movimentações relacionadas à formação médica (LAMPERT, 2009; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Tendo como preocupação a qualidade do ensino nas escolas médicas, foi fundada em 1962 a Associação Brasileira de Escolas Médicas, que passou a organizar reuniões anuais a fim de discutir aspectos relevantes da educação médica. A partir de 1976, passou a se denominar Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) (BELTRAME, 2006).

Na década de 70, Juan César García, médico argentino que pertencia a um grupo com uma visão diferenciada dentro da OPAS, desenvolveu pesquisas e estudos que se orientaram para a educação médica e sua relação com as ciências sociais. Relacionando suas observações acerca da organização dos serviços de saúde e o aspecto formativo, Almeida (2000 *apud* NUNES, 2013, p. 1757) aponta que, para García, "[...] as escolas médicas, principalmente através dos seus hospitais universitários, incorporam condutas e relações que servem como poderosos instrumentos de reprodução do modelo dominante de organização dos serviços de saúde e práticas profissionais".

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), realiza em Alma - Ata uma conferência, desta resultou a declaração de Alma - Ata que expressava a necessidade urgente de ações por parte de todos os governantes, todos os trabalhadores da área da saúde e a comunidade mundial para promover e proteger a saúde para toda a população do mundo (LAMPERT, 2002).

Com a declaração da Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), a promoção da saúde, de forma integral, ganhou prioridade nas agendas dos países repercutindo nos modelos de atenção da saúde pública e na formação de recursos humanos oriundos das faculdades de medicina.

Já a partir dos anos 80, iniciam-se processos de reforma no setor saúde em diversos países, a partir de distintas conjunturas sociais, econômicas e políticas, mas que apontam no

sentido de uma crise dos sistemas de serviços de saúde (ALMEIDA, 1996; OLIVEIRA, 2007). No caso do Brasil, as mudanças constitucionais, que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram possíveis graças à discussões e iniciativas da sociedade civil. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, pode ser considerada o marco na composição de um bloco progressista, constituído por setores da academia, profissionais de saúde e movimentos populares que pensaram e dispuseram esforços na construção do SUS (PEIXINHO, 2001).

Em 1990, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde, que tratava com destaque da ordenação dos recursos humanos para o Sistema único de Saúde (SUS). Nessa mesma época o Conselho Nacional de Saúde (CNS), organizou colegiados amplos, com participação da sociedade civil, para discussão do problema da formação de recursos humanos para a saúde (BELTRAME, 2006).

Somente no início dos anos 90, época em que se inicia a construção do SUS é que ficou mais evidente as debilidades do ensino médico brasileiro, pautado no paradigma flexneriano, somente nessa época é que os questionamentos mais incisivos do perfil dos médicos formados em escolas do Brasil adquirem uma visibilidade social (ALMEIDA, 1999).

Pagliosa e Da Ros (2008), no entanto, apontam que

Embora uma necessidade declaradamente prioritária, o desenvolvimento de recursos humanos em saúde sempre foi relegado ao segundo plano nos processos de reforma. O setor educacional continuou desvinculado da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma. No Brasil, até o final da década de 1990, praticamente não se avançou nas discussões sobre a necessidade do desenvolvimento do trabalho em saúde. (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 497)

Os desafios da educação médica residem no esforço de resgatar a medicina que reconheça a determinação social do processo saúde-doença, enfrentando a visão biologicista, em que a fragilizada relação médico-paciente e a supervalorização das “tecnologias duras” acabam culminando na perda da terminalidade da prática médica (OLIVEIRA, 2007). Passa, em última análise, por conformar um movimento de mudanças que abra caminhos na construção de um modelo que aborde a vida em suas múltiplas dimensões, devendo, portanto, ser objeto de políticas universalizantes e equalitárias, com compromisso ético de toda a sociedade (BARATA, 2001).

3.2 Os movimentos de mudança a partir da Cinaem e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001

Uma experiência brasileira que traduziu os esforços de entidades representativas de classe, estudantes, docentes e gestores das escolas médicas em diagnosticar a situação das escolas foi a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), em 1991. Foi composta inicialmente por 11 entidades – Academia Nacional de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselhos Regionais de Medicina do Rio de Janeiro e São Paulo, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior (CINAEM, 2000).

A Cinaem, cujo projeto esteve em atividade de 1991 a 2001 a partir de um movimento construtivo de três fases conclusivas e uma quarta fase encerrada, se instituiu em contraposição à iniciativa de se criar um exame de ordem para a medicina, bem como as progressivas críticas da sociedade civil frente à prática médica brasileira. O exame de ordem, à época uma proposta do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), pretendia avaliar, ao final do curso, o grau de preparação do egresso, tendo (o Conselho) respaldo de liberá-lo ou não para o exercício da profissão (LAMPERT, 2012).

Além disso, a partir da interlocução entre diversos movimentos que circulavam dentro e fora da escola médica, a Cinaem lançou-se em objetivos e estratégias maiores, dentre as quais realizar uma profunda avaliação do ensino médico brasileiro, propor medidas de curto a longo prazo para intervir nas deficiências encontradas e instituir de forma permanente mecanismos de avaliação e desenvolvimento dos programas de educação médica (BELTRAME, 2006).

Na primeira fase, a partir de um questionário elaborado pela OPAS, 76 das 82 escolas existentes à época responderam questões abordando modelo pedagógico, infraestrutura, corpo docente e estrutura político-administrativa (LAMPERT, 2009). Esta fase teve como objetivo mapear o perfil das escolas médicas e testar um modelo de análise capaz de explicar as relações entre algumas variáveis da escola médica que determinassem a adequação e qualidade do médico formado (GONÇALVES, 2002).

Segundo Beltrame (2006),

O conjunto de informações dessa primeira fase revelou uma estrutura político-administrativa centralizadora, pouco eficiente; uma estrutura econômico-administrativa sem autonomia, pouco ágil e insuficiente diante das necessidades básicas das instituições; uma infraestrutura material aquém da desejável e sucateada; recursos humanos escassos, pouco preparados e com regime de trabalho insuficiente

às necessidades do ensino médico; um modelo pedagógico anacrônico, fragmentado e compartimentado; escolas médicas com pouco investimento em pesquisa e prestação de serviços à comunidade e, conseqüentemente formando médicos inadequados às demandas sociais. Entre as variáveis estudadas, recursos humanos e modelo pedagógico tiveram o maior poder de determinar a adequação do médico formado. (BELTRAME, 2006, p.56)

Na segunda fase, foram desenvolvidos três desenhos metodológicos para abordar de maneira mais aprofundada as variáveis que mais influenciavam na formação médica brasileira. Foi realizado um estudo de análise do corpo docente das escolas; outro com enfoque no médico formando, com testes cognitivos e análise de habilidades e atitudes durante o estágio supervisionado; e o terceiro, a partir de um estudo de avaliação do projeto pedagógico adotado pelas instituições (LAMPERT, 2009).

Essa fase contou com uma metodologia de trabalho que envolveu 48 escolas médicas e objetivou caracterizar a qualificação do profissional formado e avaliar os recursos humanos das escolas, entendendo como se dão as relações entre eles no modelo pedagógico.

Os resultados da segunda fase ratificaram os achados da primeira, concluindo que a atual estrutura curricular oferecia uma formação predominantemente tecnocêntrica. O ensino seria centrado no professor e voltado à superespecialização. Os egressos apresentariam formação humanística e ética deficientes. Além disso, ao final do curso o egresso não tinha as habilidades e competências exigidas pela profissão (CUTOLO, 2003).

Em relação à docência, tornou-se mais precisa a informação sobre a remuneração da docência médica aquém das necessidades da realidade do trabalho médico; a educação médica continuada precária; o regime de trabalho dominante, de vinte ou menos horas semanais de trabalho; a produção acadêmica discreta. Além disso, a segunda fase revelou, que o processo de formação ocorria de forma predominantemente teórica, os conteúdos eram organizados de maneira fragmentada e compartimentada, com avaliações centradas na memória, sem contemplar as habilidades e atitudes na aplicação do conhecimento (BELTRAME, 2006).

A terceira fase (1997-1999), denominada *Preparando a transformação da educação médica brasileira* (CINAEM, 2000), apontava para uma intervenção construtiva e participativa das escolas no sentido de promover a transformação a partir do movimento desenvolvido nas duas fases anteriores. Ainda em 1999, a Cinaem incorpora o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) na sua composição (LAMPERT, 2012).

Nessa fase, consolidou-se os quatro grandes eixos de transformação, sintetizados no Quadro 1: a constituição de um novo processo de formação, orientado a partir das

necessidades de saúde e com enfoque comunitário; a docência médica profissionalizada, identificando o fortalecimento do vínculo institucional e a profissionalização da docência através da preparação didático-pedagógica como elementos-chave; a gestão transformadora, enfrentando o despreparo dos dirigentes, o sucateamento infraestrutural, o processo de gestão burocrático e ineficiente, o baixo envolvimento de outros sujeitos implicados na formação médica, etc.; e a avaliação transformadora, considerando-a ponto de partida para um contínuo processo de transformação. Esses quatro eixos apontados, segundo o movimento, eram fundamentais para consolidar um novo paradigma para a escola médica, a partir de uma construção coletiva (ACIOLE; MERHY, 2003).

Quadro 01 – Eixos de transformação da educação médica propostos pela Cinaem	
O novo processo de formação. Características: 1. centrado na comunidade; 2. enfoque na pessoa; 3. enfoque nas necessidades ampliadas dos indivíduos.	Etapa 1: compreensão. O curso deve privilegiar a compreensão da pessoa e suas necessidades.
	Etapa 2: significação. Incorporação de elementos da semiologia clássica, sob enfoque diferenciado, com vistas a dar significado as suas necessidades.
	Etapa 3: intervenção. Incorporação de conteúdos éticos, humanísticos, clínicos e epidemiológicos para se atender às necessidades em saúde de forma singular.
Profissionalização da docência médica.	Capacitação docente: a) titulação; b) capacitação didático-pedagógica; c) educação permanente; d) avaliação da produção acadêmica; e) avaliação da prática de ensino/pesquisa/ extensão.
	Vinculação institucional: a) vínculo com a escola; b) integração docente/ensino/serviço.
Gestão transformadora.	a) Fundamentação do processo de gestão em um projeto institucional; b) Formação de uma rede solidária de dirigentes de escolas médicas; c) Implantação de um modelo colegiado de gestão misto, com representações de segmentos docente/discente e por representações de unidades de produção; d) Submissão do processo de gestão à autoanálise e reflexão crítica permanente e continuada.
Avaliação transformadora: estruturada em torno da atividade docente, discente e da própria escola.	Avaliação discente: a) Teste de qualificação cognitiva; b) Solução de problemas multinível; c) Ficha estruturada de avaliação prática
	Avaliação docente: a) Questionário precodificado de avaliação

	<p>docente (formação, atividades de atualização, inserção institucional, participação em atividades, etc.);</p> <p>b) Avaliação didática estruturada, respondida pelo discente sobre itens como disponibilidade, dedicação, desempenho didático, etc.);</p> <p>c) Autoavaliação docente.</p>
	<p>Avaliação da escola médica:</p> <p>a) Matriz de avaliação das disciplinas e estágios;</p> <p>b) Matriz discriminativa das avaliações cognitivas;</p> <p>c) Avaliação de disciplinas e estágios pelos alunos;</p> <p>d) Avaliação do projeto institucional;</p> <p>e) Desempenho institucional (prestação de serviços, inserção no sistema de saúde, produção de conhecimentos, modelo de gestão, produção científica, crescimento cognitivo dos alunos, etc.).</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Corroborando com o diagnóstico levantado, Briane (2001), ainda aponta que

[...] a maioria dos cursos eram divididos em ciclos básico, clínico, pré-clínico e internato; com ensino departamental, pouca integração de conhecimento e centrado na doença; privilegiando os conhecimentos técnicos do aluno, em detrimento das habilidades e da relação com o paciente; com baixa titulação dos docentes; com pouca pesquisa; com especialização precoce do aluno e utilização acrítica da tecnologia e da prática neoliberal (BRIANE,2001, p.74).

Além disso, a terceira fase tratou de avaliar o crescimento cognitivo dos estudantes durante todo o processo formativo, envolvendo as grandes áreas de conhecimento da medicina e utilizando-se de instrumentos como a curva de crescimento de cognição e o teste de progresso. Para isso, foi relevante a criação de núcleos de educação médica em todas as escolas envolvidas. Entretanto, a quarta fase acabou por não se completar, diante das tensões entre as entidades integrantes da comissão (ACIOLE; MERHY, 2003).

O processo de discussão das mudanças curriculares dos cursos de graduação iniciou-se em meio a uma série de discussões e movimentos que surgiram algumas décadas antes, aprofundadas ao longo da década de 90 pela Cinaem.

Do ponto de vista institucional, traduziu-se pela Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC, em 1997, através do Edital 04/97, que convocava as Instituições de Ensino Superior (IES) e a comunidade interessada a apresentarem propostas no sentido de elaborar as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação (BRASIL, 1997).

Além disso, o Conselho Nacional de Educação (CNE), criado através da lei n.º 9.131/95 e apresentando competência de deliberar sobre as Diretrizes Curriculares propostas pelo MEC, determinou alguns princípios que deveriam orientar as DCN, através do Parecer 776/97, sendo eles: (a) liberdade de composição de carga horária para integralização curricular; (b) indicação das experiências de ensino-aprendizagem compostas no currículo, destinando conteúdos específicos fixos com carga horária predeterminada a um limite de 50% da carga horária total do curso; (c) definição da duração dos cursos evitando prolongamento desnecessário; (d) estímulo à prática de estudo independente, visando à autonomia intelectual e profissional; (e) reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências extramuros; (f) articulação entre teoria e prática, valorizando a pesquisa e extensão; (g) inclusão de instrumentos variados na condução de avaliações periódicas (BRASIL, 1997a).

Em resposta ao Edital MEC/SESu n.º 04/97, foram recebidas cerca de 1.200 propostas bastante heterogêneas, evidenciando a dificuldade encontrada em atender diversos interesses colocados entre instituições de ensino, estudantes, sociedades científicas, associações profissionais, esfera governamental e demais atores envolvidos no processo. Nesse contexto, foram criadas 38 comissões de especialistas para sistematizar as propostas (MARANHÃO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

A pluralidade de proposições apresentadas refletia também as diversas concepções dos atores implicados nesse processo, indo desde contribuições mais inovadoras na definição do perfil do médico ao concluir a graduação, até a insistência de concepções lineares e, em alguns casos, conservadoras.

Nesse sentido, a proposta dos especialistas foi considerada conservadora na avaliação de docentes e diretores e coordenadores dos cursos de Medicina, durante sua análise no 37º Congresso da ABEM (1999). Apesar de atender de forma parcial aos aspectos consensuados pelos movimentos de mudança na educação médica, apontando uma formação geral com ênfase na promoção e cuidados básicos de saúde, o documento não explorava as diretrizes para o processo de formação. Questões importantes que estavam no centro do debate das mudanças necessárias não foram abordadas pela comissão de especialistas, como a organização do currículo com ênfase na Atenção Primária, a interdisciplinaridade, a integração ensino-serviço e a adoção de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno (LAMPERT, 2012).

O Parecer CNE/CES n.º 583/2001 destaca também a variedade de propostas apresentadas em relação à duração dos cursos – de quatro até doze semestres – e de carga horária – de 2 mil até 6.800 horas. Nesse sentido, foi definido que a carga horária e o tempo

de integralização dos cursos seriam objetos de Parecer e/ou Resolução específica. Além disso, o CNE determinou que as Diretrizes Curriculares deveriam contemplar: (a) perfil desejado do egresso; (b) competências, habilidades e atitudes; (c) habilitações e ênfases; (d) conteúdos curriculares; (e) organização do curso; (f) estágios e atividades complementares; (g) acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2001b).

Em fevereiro de 2000, a Cinaem encaminhou sugestões para a proposta de diretrizes curriculares dos cursos de Medicina, sintetizando as discussões sobre o produto final de um trabalho de 10 anos: o médico com compromisso ético e capacidade técnica, responsável com a realidade social em que está inserido.

Destaca-se, ainda, o grupo de trabalho envolvendo coordenadores de 63 cursos de Medicina na construção de propostas elaboradas com base no documento Preparando a transformação da educação médica brasileira (CINAEM, 2000), além da coerência entre as proposituras da ABEM e Rede Unida, resultando em uma proposta única (STELLA; ROSSETTO, 2012).

Em agosto de 2001, encerrou-se a fase de elaboração das diretrizes curriculares, a partir da realização de audiência pública convocada pelo CNE com o conjunto de propostas para os cursos de graduação da área da saúde, além da Medicina (STELLA; ROSSETTO, 2012).

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE/CES) recomendou a aprovação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina, além de Enfermagem e Nutrição, através do Parecer CNE/CES n.º 1.133, em 7 de agosto de 2001 (BRASIL, 2001c). As DCN para os Cursos de Medicina foram, então, aprovadas por meio da Resolução CNE/CES n.º 4/2001 e homologadas pelo ministro da Educação e publicadas no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2001 (BRASIL, 2001a; STELLA; CAMPOS, 2006).

3.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e as estratégias de implementação ao longo dos anos 2000

As Diretrizes Curriculares, homologadas pelo Ministério da Educação através da Resolução n.º 04, de 07 de novembro de 2001, colocam-se no sentido de avançar no contexto de atendimento às necessidades ampliadas de saúde do povo brasileiro, trazendo a responsabilidade das instituições formadoras nesse processo. Traz um delineamento acerca do perfil de médico, trazendo centralmente uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva,

tomando por base o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) contemplados pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001a).

Além disso, as DCN estabelecem competências gerais para ser incorporadas pelo estudante ao longo da graduação, conforme orientação também da Organização Pan-Americana de Saúde. São elas: atenção à saúde; tomada de decisões; liderança; comunicação; administração e gerenciamento; e educação permanente (MARANHÃO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

As DCN requerem também, quanto à formação profissional, competências específicas, incluindo: promoção de estilos de vida saudáveis, considerando as necessidades dos pacientes e da comunidade; atuação enquanto agente de transformação; domínio dos conhecimentos científicos básicos; realização de diagnóstico e tratamento de forma correta das principais doenças em todas as fases dos ciclos de vida; otimização do uso de recursos propedêuticos; utilização adequada de recursos semiológicos e terapêuticos; atuação em equipe multiprofissional (BRASIL, 2001a).

A partir das competências elencadas, a educação médica deve seguir as premissas de integrar teoria e prática; pesquisa e ensino; e conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Além disso, na concepção de contemplar o sistema de saúde, preconiza a inserção dos estudantes desde o início do curso em atividades práticas de relevância para a vida profissional e o estímulo dessa integração na construção do conhecimento.

Esses aspectos corroboram com o aprimoramento das experiências de integração docente-assistencial, proporcionando o contato dos estudantes com os serviços de saúde, tendo esse contato um papel transformador, tanto no tocante ao projeto pedagógico, como no cotidiano dos serviços de saúde e da comunidade por ele abrangida (ALBUQUERQUE, 2007).

As possibilidades em formar um profissional crítico e reflexivo passam também por identificar os principais entraves quanto ao corpo docente nas escolas, reconhecendo que o ensino era até então centrado no especialista ou pesquisador, através da transmissão vertical de conhecimentos, com ênfase na sala de aula e laboratórios, bem como nos hospitais terciários.

Nesse sentido, as DCN-2001, em seu artigo 9º, enfatiza a construção coletiva dos projetos pedagógicos dos cursos, tendo no aluno a centralidade do processo formativo, e o professor como sujeito facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Além disso, o artigo 12º considera a utilização de metodologias que estimulem a participação ativa do estudante e que desenvolvam atitudes e valores orientados para a cidadania (BRASIL, 2001a).

Ainda no artigo 12º das Diretrizes Curriculares, a estrutura do curso médico deve utilizar cenários diversificados durante o processo de formação, para possibilitar ao estudante a compreensão e vivência das situações que estarão presentes ao longo da sua vida profissional, estimulando-o também a atuar na organização da prática e junto à equipe multiprofissional (BRASIL, 2001a).

Novos cenários de prática permitem ao acadêmico o conhecimento das doenças, prevalentes na comunidade, oportunizando o contato com o mundo real de trabalho desses futuros profissionais e reafirmando o grau de responsabilidade social destas escolas médicas.

De acordo com Giroux (1997, apud BELTRAME, 2006),

Para alcançar esses objetivos, contra as deficiências que caracterizam as visões tradicionais do ensino e currículo escolar, devem ser desenvolvidas novas práticas educacionais, cujo início é o questionamento contínuo e crítico daquilo que é considerado garantido no conhecimento e na prática educacional. Além disso, as escolas devem ser encaradas como locais que, embora tendam a reproduzir a sociedade dominante, contemplem a possibilidade de educar os estudantes para torná-los cidadãos ativos e críticos e não simplesmente trabalhadores (GIROUX, 1997, p. 38).

As DCN pontuam, portanto, o caminho para que sejam sanadas as inúmeras dificuldades relativas à inserção do profissional de saúde no serviço, tendo por base o princípio de que essas não começam com a chegada ao mercado de trabalho, e sim de que percorrem todo o processo de educação (ALMEIDA, 1999).

A partir da publicação das DCN-2001, na maioria das escolas médicas que ainda seguiam o modelo de formação flexneriano, iniciaram-se debates e discussões sobre a situação do ensino médico e seu produto.

No Brasil, o lento processo de mudança na formação do médico fez com que o assunto permanecesse vivo ao longo dos anos 2000, envolvendo tanto as instituições governamentais como os movimentos na área da educação médica, como a ABEM e DENEM, criando, dessa forma, a necessidade de apoio e acompanhamento das implementações de mudanças nas escolas médicas brasileiras.

A fim de acompanhar as mudanças no ensino superior, foi criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) através da lei n.º 10.861, de 14 de abril de 2004. Nesse bojo, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) instituiu um novo instrumento avaliativo formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes (BELTRAME, 2006).

Ainda no acompanhamento dos cursos de medicina, foram instituídos o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) logo após a homologação das DCN e, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Promed e Pró-Saúde foram iniciativas interministeriais dos ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), com apoio da OPAS, com o objetivo de fornecer recursos às escolas dispostas a promover a transformação do ensino médico (para o Promed) e da saúde, incluindo os cursos de graduação em Enfermagem e Odontologia (para o Pró-Saúde) (MARANHÃO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

Além disso, de 2006 a 2009, a ABEM, através da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), desenvolve o projeto “Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras”, fundamentado na tese de Lampert (2002) e que objetivou promover e acompanhar as mudanças das escolas médicas e apoiar os processos avaliativos em cada instituição (LAMPERT, 2012).

A esse percurso histórico ao longo dos anos 2000, somaram-se importantes atores no processo de diagnosticar o ensino médico brasileiro e de incentivar mudanças nas instituições formadoras. Porém, se percebe que, nesse espaço heterogêneo de atuação e formação de novos profissionais, as relações de poder entre os atores e instituições envolvidas na área da educação médica enfrentam altos e baixos, influenciados, sobretudo, pelas contradições encontradas na prática médica ao longo da história. É, a partir dessa consideração, que os rumos da formação dos médicos brasileiros são novamente destaque, precisamente, no ano de 2013.

3.4 O Programa Mais Médicos e um novo período de mudanças na formação médica brasileira

Após 12 anos de publicação das DCN dos Cursos de Medicina, reascendeu sobre o conjunto da sociedade brasileira o debate sobre a formação médica no Brasil, através do anúncio da criação do Programa Mais Médicos (PMM) pelo Governo Federal.

Instituída em julho de 2013 através da Medida Provisória n.º 621 e regulamentada pela Lei n.º 12.871 em outubro do mesmo ano (BRASIL, 2013), o PMM passou, do seu anúncio até sua conversão em Lei, por intenso debate público com todos os setores envolvidos com a formação e regulação da medicina brasileira, a partir dos três eixos que constituem o Programa:

(1) Provimento emergencial de médicos para a Atenção Primária à Saúde, principalmente nas áreas mais vulneráveis e de difícil acesso.

(2) Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde, a partir da construção de Unidades Básicas de Saúde, além da reforma e ampliação das já existentes.

(3) Formação Médica no Brasil, a partir de medidas em médio e longo prazos no sentido de reorientar a formação da graduação em Medicina, além da residência médica e a formação de especialistas.

No âmbito da graduação em Medicina, uma mudança de destaque foi a determinação para que o Conselho Nacional de Educação submetesse, em 180 (cento e oitenta) dias a partir da publicação da Lei, uma adequação da matriz do currículo médico no País, através, portanto, da aprovação de novas DCN para o Curso de Medicina (BRASIL, 2013).

Além dessa reorientação mais global do currículo, ficou estabelecida, de forma mais específica, que 30% do internato (que deve corresponder ao mínimo de dois anos da formação) deve acontecer na Atenção Básica e nos serviços de urgências do SUS, aproximando o estudante dos cenários de atuação real e na perspectiva do trabalho interprofissional (BRASIL, 2013).

Outra ação importante está relacionada à instituição de uma avaliação específica para todos os estudantes do 2º, 4º e 6º anos dos Cursos de Medicina, com a finalidade de avaliar de forma contínua conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao perfil do egresso esperado pelas novas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2013).

Finalmente, a Lei nº 12.871/2013 cria o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), que envolverá instituições de ensino e os gestores municipais, estaduais e federal responsáveis pela rede de saúde utilizada como campo de prática, garantindo uma relação mais estável, transparente e cooperativa entre os atores envolvidos, além de articular o modelo de atenção à saúde ao ordenamento da formação de recursos humanos (BRASIL, 2013).

3.5 Mudanças na formação médica brasileira (da graduação) entre 2013 e 2016

O processo de mudança acelerado na formação médica brasileira nesses últimos 03 anos, no âmbito da graduação em Medicina, foi determinado em sua totalidade pelas medidas apresentadas no Eixo Formação Médica do PMM. Nesse sentido, a questão mais significativa foi a implantação das novas DCN dos Cursos de Medicina, instituída através da Resolução CNE/CES n.º 3, de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014a).

O processo de construção do texto, a partir da competência conferida ao CNE na sua elaboração, ocorreu entre os meses de julho de 2013, quando, em reunião extraordinária do CNE junto ao MEC e MS, se oficializa o pedido de instituição de novas diretrizes, até 3 de abril de 2014, data de aprovação do texto pela Câmara de Educação Superior do CNE (SEMINÁRIO ABMES, 2014).

O curto prazo destinado à proposição das DCN-2014, por força de Lei, foi um entrave, sobretudo, à capacidade de difusão do debate, de forma qualificada, sobre os avanços das DCN de 2001, que serviu de base para o novo texto, e sobre os desafios colocados na formação dos novos médicos, de forma a incluir, na ponta, a comunidade acadêmica interessada, gestores, trabalhadores do SUS e outros sujeitos implicados na formação de recursos humanos na saúde.

A ABEM, o CFM e a DENEM, entidades que integraram a Cineaem ao longo da década de 1990, foram convidadas para os trabalhos junto ao CNE em dezembro de 2013, participando, apenas, de cinco reuniões e de uma audiência pública nesse processo de elaboração das novas DCN (SEMINÁRIO ABMES, 2014). Entretanto, há que se considerar um avanço importante, que foi a convocação do CNS para incorporar-se, pela primeira vez, ao debate sobre as diretrizes curriculares (BRASIL, 2015b).

Do ponto de vista do seu conteúdo, as DCN-2014 apontam para um perfil de “graduado em Medicina” com 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).

As DCN-2014 reconhecem, ainda, em sua estrutura evidenciada no Quadro 2, três áreas fundamentais para a formação do médico: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde (BRASIL, 2014a).

Na primeira área (atenção à saúde), o processo formativo deverá servir de base para considerar múltiplas dimensões que compõem o espectro da diversidade humana, no sentido de concretizar: acesso universal e equidade; integralidade e humanização do cuidado; qualidade na atenção à saúde; segurança na realização de processos e procedimentos; preservação da biodiversidade com sustentabilidade; ética profissional; comunicação verbal e

não verbal; promoção da saúde; cuidado centrado na pessoa sob cuidado, família e comunidade; promoção da equidade (BRASIL, 2014a).

Na área de “gestão em saúde”, a formação deve contemplar as seguintes dimensões: gestão do cuidado; valorização da vida; processo de tomada de decisões; comunicação; liderança; trabalho em equipe; construção participativa do sistema de saúde; participação social (BRASIL, 2014a).

Finalmente, na área “educação em saúde”, são objetivos do processo de formação do médico: aprender a aprender; aprender com autonomia; aprender em situações e ambientes protegidos e controlados; autocomprometimento por parte do estudante; ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho para estudantes, docentes e profissionais de saúde; domínio da língua estrangeira (BRASIL, 2014a).

Quadro 2-Estrutura das DCN-2014		
Capítulo I – Das Diretrizes (art. 1-7)	Seção I – Da Atenção à Saúde (art. 5)	
	Seção II – Da Gestão em Saúde (art. 6)	
	Seção III – Da Educação em Saúde (art. 7)	
Capítulo II – Das Áreas de Competência da Prática Médica (art. 8-22)	Seção I – Da Área de Competência Atenção à Saúde (art. 12-15)	Subseção I – Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde (art. 12-13)
		Subseção II – Da Atenção às 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)
		Subseção I – Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva (art. 20)
	Seção III – Da Área de Competência de Educação em Saúde (art. 19-22)	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)
Capítulo III – Dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina (art. 23-41)		

Fonte: Bursztyn (2015).

O projeto pedagógico dos cursos de Medicina, segundo as novas diretrizes, deve estar centrado no estudante como sujeito do processo de aprendizagem e apoiado pelo docente. Além disso, o currículo deve reconhecer áreas estratégicas no campo da saúde em sua

composição, apoiadas nas atuais necessidades do Sistema Único de Saúde, como a Atenção Primária à Saúde, considerada componente longitudinal do curso, Urgência e Emergência e Saúde Mental (BRASIL, 2015b).

Define, para tanto, que o regime de internato, importante momento do curso para desenvolver competências, habilidades e atitudes para o exercício da profissão, deva perfazer, no mínimo, 35% da carga horária do curso e que, no mínimo, 30% dele se desenvolva nos serviços da Atenção Básica e Urgência e Emergência (BRASIL, 2014a).

Além disso, as DCN-2014 definem a necessidade da instituição formadora apresentar Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento do seu corpo docente, buscando, para isso, formar educadores que tenham seus trabalhos valorizados e que esses sejam apoiados em práticas pedagógicas que produzam reflexão e autonomia progressivas para os estudantes, assumindo também compromisso com a mudança do cotidiano da escola médica (BRASIL, 2013).

Para acompanhar o desenvolvimento dessas ações de transformação e amparada pelo texto da Lei nº 12.871/2013, as DCN dão um prazo de dois anos para aplicação de avaliação específica para todos os estudantes do 2º, 4º e 6º anos de todas as instituições de ensino (BRASIL, 2013).

Instituída sob o nome de Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), à luz da Portaria MEC n.º 168, de 1º de abril de 2016, a avaliação será implementada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep, constituindo-se como componente curricular obrigatório. Seus resultados serão utilizados para subsidiar os processos seletivos em residência médica, assim como os organismos públicos para fins de acompanhamento e supervisão (BRASIL, 2016b).

Ainda segundo a Lei do Mais Médicos, o conjunto dos processos avaliativos realizados pelo MEC, dentre os quais está o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), deverá ser capaz de verificar a estrutura, o processo e os resultados em consonância com as mudanças exigidas para a transformação concreta do perfil dos médicos que são formados no território nacional (BRASIL, 2015b).

Para isso, o Inep iniciou a revisão do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação (IACG) do Sinaes, constituindo uma Comissão Técnica de Medicina com representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde, da Comissão Nacional de Residência Médica, da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), da ABEM, da DENEM, do Exame Nacional de Revalidação dos Diplomas Médicos expedidos por

Instituição de Ensino Superior Estrangeira e do Banco de Avaliadores do Sinaes (BASis) (BRASIL, 2016a).

Após a sugestão das entidades que compunham a Comissão Técnica e de outras 88 (oitenta e oito) instituições que responderam à consulta pública, o novo instrumento, agora revisado com base na Lei do Mais Médicos e das DCN-2014, foi aprovado nas reuniões da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior nos dias 17 de novembro e 1º de dezembro de 2015 (BRASIL, 2016a).

Por fim, com relação à integração entre as instituições formadoras e a rede de serviços do SUS, foi criado no âmbito da Lei n.º 12.871/2013 e inserido no contexto das mudanças das DCN o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes). Esse instrumento colaborativo tem o objetivo de garantir ao estudante que a rede pública de atenção à saúde se constitua campo de aprendizagem fundamental para sua formação. Além disso, trata de estabelecer atribuições e corresponsabilização entre os gestores de serviços e as instituições de ensino, fortalecendo a construção de uma relação mais segura e estável entre esses atores (BRASIL, 2015b).

Dessa forma, foi criado, através da Portaria Interministerial n.º 10, de 20 de agosto de 2014, o Comitê Nacional do Coapes, composto por representante do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, da ABEM e da DENEM (BRASIL, 2014b).

Esse Comitê, após a realização de reuniões durante o segundo semestre de 2014 e o primeiro semestre de 2015, além de realização de consulta pública, elaborou a minuta do Coapes, sendo aprovada, então, suas diretrizes para celebração, através da Portaria Interministerial n.º 1.124, de 4 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015a). É importante destacar a exigência de celebração desse instrumento por todos os cursos de Medicina brasileiros.

Portanto, considerando as mudanças necessárias para implantação e desenvolvimento das DCN na reorganização dos cursos médicos, visando promover a formação de profissionais críticos e reflexivos, as instituições formadoras são desafiadas a repensar a realidade sobre as quais estão inseridas para desenvolver novos projetos político-pedagógicos flexíveis e ações condizentes ao que se preconizam as DCN.

Para isso, as dimensões relacionadas ao corpo docente e à integração ensino-serviço-comunidade são relevantes em todos os movimentos de destaque, de foros nacionais e

internacionais, para as transformações exigidas. O professor, enquanto agente promotor de mudanças, tem papel fundamental no desenvolvimento do currículo, na construção de práticas reflexivas e na possibilidade de, numa via de mão dupla, incentivar e mediar, junto ao estudante, sua relação com a prática médica, na perspectiva da integralidade. A integração do ensino ao serviço e comunidade podem, por sua vez, combater a fragmentação da formação, possibilitando ao estudante adquirir, em nível crescente de autonomia e complexidade, competências, habilidades e atitudes para reconhecer as necessidades básicas de saúde de uma realidade singular e, de forma capacitada, construir o sistema de saúde a partir de sua atuação profissional.

Diante do exposto, é fundamental analisar os eixos de integração ensino-serviço-comunidade e papel docente no processo de reforma curricular, com o intuito de perceber quais os avanços e insuficiências encontrados nos últimos 15 anos, após a homologação das DCN de 2001.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Os autores do presente trabalho optaram por estruturá-lo sob uma revisão integrativa, por ser um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão abrangente de um fenômeno particular (BROOME, 2006). A revisão integrativa possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2 Critérios para a realização da revisão integrativa

A fim de se realizar uma revisão integrativa de literatura que tenha relevância, é fundamental seguir um processo metodológico rigoroso. Esse tipo de estudo é baseado em etapas distintas que devem ser seguidas para possibilitar a efetiva análise e síntese do conhecimento científico que já tenha sido produzido sobre o tema a ser estudado.

Para a produção dessa revisão integrativa foi usada a estrutura descrita por Botelho; Cunha; Macedo (2011).

Etapa 1: Identificação do tema e seleção da questão norteadora

A primeira etapa da revisão integrativa é uma das mais importantes para elaboração da revisão integrativa, guiando por consequente todo o estudo. Aqui se define o tema abordado, identificação de um problema e elaboração de uma pergunta de pesquisa norteadora (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Dessa forma, o tema explorado nesta revisão integrativa foi a educação médica com enfoque na reforma curricular, sendo definida a seguinte pergunta norteadora: Quais avanços e insuficiências são encontrados nas escolas médicas brasileiras, nas dimensões do corpo docente e da integração ensino-serviço-comunidade, durante os últimos quinze anos, após as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001?

Etapa 2: Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão

Após a escolha do problema e a formulação da pergunta norteadora, iniciou-se a busca nas bases de dados, a fim de se avaliar criticamente os estudos selecionados e identificar aqueles que serão incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi realizada pela base de dados encontrada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Os descritores utilizados na busca na LILACS foram: reforma curricular, diretrizes curriculares, atenção primária, currículo médico, educação médica, saúde pública, Sistema Único de Saúde, integração ensino-serviço.

Os critérios utilizados na inclusão dos artigos foram: artigos publicados na base de dados LILACS; disponibilidade *on-line* dos textos completos; artigos publicados em português; artigos publicados no período entre 2001 e 2016, utilizando como referência temporal a publicação da Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001; e, ainda como critério de inclusão, artigos que se referissem ao processo de reforma curricular das escolas médicas brasileiras.

Foram utilizados como critérios de exclusão: estudos sem elementos relevantes ao escopo da revisão ou que não forem disponibilizados *on-line* na íntegra, ou ainda que foram realizados em período anterior ao ano de 2001, idioma diferente de português, e títulos que apresentam duplicidade nas bases de dados.

Na LILACS, foram utilizados os descritores “reforma curricular” AND “diretrizes curriculares”, encontrando-se 15 artigos, dos quais 1 foi selecionado. Em uma segunda busca usando os descritores “reforma curricular” AND “atenção primária”, foram encontrados 5 artigos, sendo selecionados 2 destes. Em uma nova busca utilizando os descritores “diretrizes curriculares” AND “atenção primária”, encontraram-se 33 artigos, incluindo-se 2 na amostra. Realizando a busca com os descritores “educação médica” AND “diretrizes curriculares”, foram encontrados 83 artigos e escolhidos 06 destes, após excluir 02 artigos duplicados. A partir dos descritores “currículo médico” AND “educação médica”, foram encontrados 311 artigos, selecionando 2 destes, após a exclusão de outros 6 artigos duplicados. Utilizando-se “educação médica” AND “Sistema Único de Saúde” como descritores, foram encontrados 247 trabalhos, sendo 5 artigos duplicados e 1 foi selecionado. Com os descritores “educação médica” AND “integração ensino-serviço”, foram encontrados 18 trabalhos, estando 1 duplicado e incluindo-se 1 na amostra. Por fim, foi realizada a busca com os descritores “educação médica” AND “saúde pública”; foram encontrados 695 artigos e foi selecionado 1 destes.

Etapa 3: Identificação dos estudos selecionados

Com a realização da 2ª etapa, procedeu-se a avaliação dos títulos de cada artigo e seus respectivos resumos e palavras-chave, sendo pré-selecionados 16 trabalhos na base de dados LILACS.

Desses artigos pré-selecionados, foram extraídos os textos na íntegra e realizada leitura classificatória, encontrando-se, na base de dados, 15 publicações na íntegra, além de excluir 1 artigo por não contemplar o objetivo do estudo.

Além disso, foi reanalisado o resumo do único artigo pré-selecionado, cujo texto completo não foi encontrado na LILACS, acreditando-se na sua pertinência quanto à resposta da questão norteadora. Por se tratar de uma publicação cujo título já identifica o local da pesquisa, foi realizada, nesse momento, busca *on-line* do texto na íntegra, especificamente no endereço institucional relativo ao local do estudo, www.estacio.br, obtendo-se êxito e incluindo-o no bojo da amostra.

Etapa 4: Categorização dos estudos

Para Campos (2005), a ação de definir as características da pesquisa primária é a mais importante nesse procedimento metodológico. Ainda acrescenta que a representação dos atributos da pesquisa primária é semelhante ao ato de coletar dados realizados em pesquisa tradicionais. A fim de otimizar a obtenção desses dados, foi empregado um instrumento de coleta de dados, validado por Ursi (2005), o qual permite avaliar separadamente cada artigo, auxiliando na extração de informações de cada um e na organização e sumarização de dados. Nesse instrumento, os estudos são categorizados com as seguintes informações: identificação do artigo, características metodológicas, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados (ANEXOS). Para a síntese dos artigos selecionados, foi confeccionado um quadro sinóptico (APÊNDICES) contendo as seguintes informações de cada artigo: título, autores, fonte da publicação, objetivo do estudo, o tipo de estudo e o instrumento de coleta de dados (se existir), principais resultados e discussão, conclusões e recomendações.

Etapa 5: Análise e interpretação dos resultados

O critério para a revisão integrativa abrange parâmetros minuciosos de análise, que envolvem o uso de métodos para garantir o alcance dos objetivos; aplicar análise rigorosa; examinar a teoria utilizada; estabelecer relações com os resultados, métodos, sujeitos e atributos da pesquisa, visando apresentar ao leitor informações sobre os estudos revisados, sem destacar apenas os resultados, de modo a maximizar as possíveis informações (GANONG, 1987, *apud* LIMA, 2010).

Nessa etapa do percurso metodológico, os autores do presente estudo se dedicaram à análise dos achados extraídos dos artigos incluídos na revisão. As informações foram reunidas e sintetizadas, sendo apresentadas na presente revisão de literatura.

Etapa 6: Apresentação da síntese do conhecimento

Essa última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar, de forma criteriosa, a descrição de todas as fases percorridas pelo pesquisador e apresentar os principais resultados obtidos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Neste momento do percurso metodológico, foi construído o documento que compõe o trabalho científico da avaliação dos dados encontrados nos artigos pesquisados, elaborado de forma que permite aos leitores avaliar a pertinência dos procedimentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Especificidades sobre os artigos analisados

Os dados foram em parte apresentados em tabelas. A utilização de tabelas é uma das formas mais simples e compreensíveis para apresentar dados de uma pesquisa, de tal modo que, para o leitor, fica explícito um considerável agrupamento de dados, visando a sumarização e a discussão de aspectos que se sobressaem (CAMPOS, 2005).

Tabela 1-Distribuição dos estudos incluídos na amostra referentes ao ano de publicação		
Ano de publicação	Número absoluto	%
2001		
2002		
2003	1	6,66666667
2004	2	13,33
2005		
2006		
2007	1	6,66666667
2008	2	13,33
2009	1	6,66666667
2010		
2011	3	20
2012	2	13,33
2013		
2014		
2015	3	20
2016		
Total	15	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 1 mostra que o primeiro artigo utilizado na amostra dessa pesquisa foi publicado em 2003, dois anos após a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais, utilizadas como recorte temporal no desenho metodológico.

Encontra-se predominância de publicações, mesmo que não significativa, desde o ano de 2011 (53,3%), quando se completou 10 anos de instituição das DCN, sugerindo que as mudanças curriculares a partir de 2001 ocorrem de forma lenta e gradual, exigindo maior tempo para análise. Dos 8 artigos incorporados na literatura científica desde 2011, 37,5% (3) foram publicados após a Lei n.º 12.871/2013, podendo representar também um marco para a área da educação médica, do ponto de vista científico.

Tabela 2-Distribuição dos estudos segundo periódico de publicação do mesmo

Periódico	Número absoluto	%
Interface – Comunicação, Saúde, Educação	1	6,66666667
Arquivos Catarinenses de Medicina	1	6,66666667
Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde	1	6,66666667
Revista Brasileira de Educação Médica	10	66,6666667
Trabalho, Educação e Saúde	1	6,66666667
Physis: Revista de Saúde Coletiva	1	6,66666667
Total	15	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme a Tabela 2, a Revista Brasileira de Educação Médica destaca-se como o periódico que publicou o maior número de artigos utilizados no escopo do estudo, representando 66,67% do total.

Esse periódico de destaque é o principal instrumento de divulgação científica na área de educação médica. A Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) publica trabalhos científicos originais, debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para o ensino médico. A RBEM manteve periodicidade quadrimestral até 2007 e, a partir de 2009, tornou-se um periódico trimestral. Além disso, é afiliada à Associação Brasileira de Educação Médica e indexada em base de relevância nacional e internacional (LAMPERT; BICUDO, 2014).

Tabela 3-Distribuição do quantitativo de autores por artigo consultado

Quantitativo de autores por artigo	Número absoluto	%
Um autor	1	6,67
Dois autores	5	33,33
Três autores	3	20
Quatro autores	1	6,67
Cinco autores	1	6,67
Seis autores	1	6,67
Mais de seis autores	3	20
Total	15	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 3 evidencia que a maioria dos trabalhos foram escritos por grupos de dois autores ou mais (93,4%). Nesse sentido, acredita-se que o exercício da produção do conhecimento científico em parceria favorece a troca de saberes, amplia as possibilidades de aprendizado, permite o estabelecimento de vínculos e fortalece o conhecimento produzido.

5.2 Análise dos estudos sobre reforma curricular e integração ensino-serviço-comunidade

Com a finalidade de nortear a análise crítica das evidências encontradas, o Quadro 2 sintetiza os principais resultados e conclusões dos artigos sobre o processo de reforma curricular e integração ensino-serviço-comunidade.

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 significou, à época, a necessidade de se reorientar o perfil do médico formado no País com vistas a atuar, na perspectiva da integralidade da assistência, sobre o processo saúde-doença considerando os aspectos da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Nesse sentido, um marco referencial é a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, atribuindo ao novo sistema a competência de direcionar a formação de recursos humanos no campo da saúde.

No escopo das políticas de saúde, em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família, depois transformada em Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é atualmente entendida como uma proposta de reestruturação do modelo de Atenção Primária e de todo o sistema de saúde, compreendendo a transformação do objeto de atenção e das formas de atuação e organização dos serviços de saúde (DEMARZO et al., 2012; LAMPERT, 2009).

Com isso, a adoção de uma nova política educacional para os cursos de saúde, estando inserida as DCN-2001, apontou para a necessidade de integração da universidade com as necessidades de saúde da população e do SUS (OLIVEIRA et al., 2008; DEMARZO et al., 2012; LAMPERT, 2002).

Avaliar quais são as reais necessidades de saúde em uma determinada sociedade não constitui tarefa simples, dispendo de papel e lugar estratégicos para o profissional que termina a graduação (GUSSO; ALMEIDA, 2011; LAMPERT, 2002 *apud* LAMPERT et al., 2009). Entretanto, é importante, em primeiro lugar, depurar a lógica criada por uma vertente comercial da medicina que cria falsas necessidades a partir do medo em relação ao adoecer e morrer. O foco dessa lógica desvia do fato de que as pessoas envelhecem e morrem, gerando expectativas e frustrações acerca do “que fazer” para não se envelhecer, ao invés de se valorizar as formas de produção de saúde (GUSSO; ALMEIDA, 2011).

Um outro entendimento é de que as necessidades de saúde podem ser apreendidas, de forma ampla, a partir de quatro grandes conjuntos: a necessidade por “boas condições de vida”, enfatizando tanto os fatores externos/ambientais (pelo modelo da história natural da doença) como aqueles determinados pelos espaços ocupados no processo produtivo na sociedade capitalista (por formulações marxistas); a necessidade por acesso e consumo das

QUADRO 3 – Síntese dos resultados e conclusões sobre reforma curricular e integração ensino-serviço-comunidade

Título	Autores/Ano	Conclusões
É possível estabelecer uma linha de tempo de reformas curriculares no curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC?	Feder (2015)	O relato de experiência aponta que, apesar das iniciativas propostas pelo Pró-Saúde, implantação das modificações esbarrava em dois problemas: o currículo era eminentemente nuclear, com inclusão parcial de ciclo optativo, e encontrava-se distintamente separado por ano (do primeiro ao quarto, e estes eram separados do internato). Optou-se, a partir de então, pela visão sistêmica e pelos ciclos de vida.
Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem	Carvalho; Duarte; Guerrero (2015)	<p>73,9% dos respondentes sentiram que houve evolução na integração ensino-serviço nos últimos anos.</p> <p>A necessidade de se melhorar a estrutura dos cenários de ensino-aprendizagem recai principalmente na questão do espaço físico insuficiente ou inadequado.</p> <p>Apesar da participação do serviço no ensino-aprendizagem ter sido considerada satisfatória por 56,1% dos respondentes, constatou-se nos discursos de alunos e docentes que deve haver maior envolvimento do serviço no processo ensino-aprendizagem.</p>
Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na reforma curricular de escolas médicas participantes do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de medicina (Promed)	Alves et al. (2015)	<p>O PET-Saúde fortaleceu o desenvolvimento curricular, contribuindo especialmente no que diz respeito à consolidação da Atenção Primária como local privilegiado para as práticas de ensino-aprendizagem.</p> <p>As contribuições mais expressivas do PET-Saúde foram relacionadas à produção de conhecimento voltada para as necessidades do SUS e ao fortalecimento da integração ensino-serviço, aspectos que se configuraram como pontos de estrangulamento no contexto do Promed.</p> <p>Em 15 das 17 escolas médicas cujos projetos e relatórios foram analisados, os estudantes de Medicina foram inseridos no projeto PET-Saúde ainda no ciclo básico.</p>
Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina	Demarzo et al. (2012)	<p>Contribuições da Atenção Primária à Saúde para a graduação em medicina:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, na sua complexidade clínica e cultural. 2. Atuação em relação ao indivíduo e ao coletivo de forma contextualizada à realidade local. 3. Contribui para o estudante ter uma compreensão da rede intersetorial de atenção e cuidados em saúde. 4. Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interdisciplinaridade.

Experiência da atenção integral à saúde individual e familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no currículo médico integrado	Zeferino; Zanolli; Antonio (2012)	<p>5. Favorece o aumento da resolubilidade clínica ao lidar com condições e problemas complexos e singulares de saúde, de forma contínua e longitudinal.</p> <p>Uma grande dificuldade para a integração ensino-serviço que se impõe é o espaço físico, que apresenta condições restritas. Outro desafio é a dificuldade em fixar docentes e médicos-assistentes, na sua maioria especialistas, nessas práticas, à exceção das áreas de Pediatria e Saúde Coletiva.</p> <p>O Pró-Saúde cumpriu o seu objetivo principal de facilitar a formação de profissionais com inserção na atenção básica durante a graduação.</p>
Currículo integrado: entre o discurso e a prática	Souza; Zeferino; Da Ros (2011)	<p>Não estão ocorrendo mudanças significativas estruturais no currículo, pois a maioria das escolas, nas grandes áreas -Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica -, destinam grande parte da carga horária à atenção secundária e terciária.</p>
Ensino Médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando?	Oliveira; Alves (2011)	<p>Para 66% dos estudantes, o curso médico discute a política de saúde e a relação formação/serviços de saúde esporadicamente. Além disso, a abordagem multidisciplinar durante a graduação é referida por somente 12% dos alunos.</p> <p>Um total de 19% dos alunos se sentem aptos ao exercício imediato da profissão, na linha da integralidade da medicina. 65% dos estudantes afirmaram que se sentiam mais seguros para atender “casos clínicos em geral”, mas somente 20% gostariam ou começariam a trabalhar em serviços gerais de saúde.</p>
Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras	Lampert et al. (2009)	<p>No eixo Mundo do Trabalho, verifica-se que as escolas têm considerado a organização do sistema de saúde no currículo. Nas estratégias citadas, ressalta-se o aumento da carga horária curricular na área da Atenção Básica, mudanças nos estágios supervisionados e residência médica.</p> <p>No vetor Participação nos Serviços de Assistência, relata-se desde a falta de interesse docente “em participar do planejamento do SUS” até a fragilidade das parcerias institucionais.</p> <p>No eixo Cenários de Prática, as escolas avançadas consideram que as práticas deixam de ser centradas no hospital, com o “desenvolvimento do currículo em vários cenários com atividades práticas” e “inserção na comunidade nos três níveis de atenção e participação de professores não médicos sociólogos, filósofos, fisioterapeutas”.</p>

Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed	Oliveira et al. (2008)	<p>Segundo os alunos, somente em cerca de 13% nos cursos Promed e em torno de 20% nos cursos não Promed se discute a política de saúde durante todo o curso.</p> <p>A predominância de alunos que pretendem ser especialistas é maior em cursos Promed (75,9%) do que em cursos não Promed (68,7%).</p> <p>As iniciativas direcionadas para a mudança, tendo por base as DCNs, carecem de envolvimento dos docentes e dos discentes, sendo que estes, segundo suas respostas, têm dificuldade de reconhecer resultados significativos nessas iniciativas.</p>
Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?	Ciuffo; Ribeiro (2008)	<p>Para um conjunto significativo de professores e estudantes, há de se alterar o currículo, de modo a autá-lo em um novo paradigma da saúde, construído com base nas relações dos estudantes e docentes com a população, com o sistema de saúde, com os programas que estão em implantação para prevenir e promover, de fato, a saúde das comunidades.</p>
Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná	Almeida et al. (2007)	<p>Quanto à formação para o SUS, os cursos M1 e M3 mantêm parcerias com os serviços públicos de saúde para viabilizar práticas de seus estudantes em diferentes níveis de atenção à saúde, enquanto, para os cursos M2 e M4, não há indicação de uma relação tão próxima com os serviços de saúde.</p> <p>Entre as dificuldades relacionadas ao SUS, foi observada pouca atuação em serviços básicos de saúde. É possível que essas dificuldades ocorram devido à não valorização dessas atividades pelos professores.</p>
Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas Diretrizes Curriculares: o curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá	Aguiar; Cordeiro (2004)	<p>A experiência do curso demonstra que estabelecer e aprofundar parcerias é um componente bastante trabalhoso do processo de mudança do currículo, mas ao mesmo tempo muito frutífero.</p> <p>Apesar das avaliações positivas, é preciso avançar na ampliação da participação da rede básica do SUS, com mais períodos e grau crescente de autonomia, além de desenvolver atividades conjuntas com estudantes das demais carreiras da saúde.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

tecnologias em saúde, partindo da existência de tecnologias leve, leve-duras e duras, sem hierarquizá-las, por entender que o valor de uso se estabelece a partir da singularidade de cada pessoa; a necessidade por criação de vínculos (a)efetivos entre trabalhadores e usuários, a partir do encontro de subjetividades; e a necessidade por graus de autonomia crescentes para cada pessoa, com possibilidades de reconstrução dos sentidos da vida (CECILIO, 2001).

Desse modo, compreendendo princípios atrelados à constituição das políticas públicas de saúde como a universalidade, equidade, descentralização e regionalização, além do melhor encontro do trabalhador de saúde com o modo de viver dos diferentes sujeitos, o paradigma de mudança do ensino médico encontra, na Atenção Primária à Saúde, um cenário privilegiado para a formação.

O novo enfoque da educação médica, a partir da integração ensino-serviço-comunidade, traz mudanças no sentido de: (a) construir um currículo integrado e integrador; (b) diversificar os cenários de ensino-aprendizagem; (c) inserir precocemente o estudante em atividades práticas de relevância para o mundo do trabalho; (d) estimular o trabalho em grupo e cooperação interdisciplinar; (e) adaptar o currículo no sentido de identificar os problemas mais frequentes e relevantes da população, considerando, assim, o contexto singular de cada escola médica.

Após o lançamento das Diretrizes Curriculares de 2001, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed) inaugurou, em 2002, uma série de políticas no intuito de promover a implantação das DCN nos cursos de Medicina.

Para o programa, 55 (cinquenta e cinco) cursos médicos de um total de 92 escolas existentes enviaram propostas de mudanças curriculares. Dessas, 20 instituições foram selecionadas pelo Ministério da Saúde, e 19 delas oficializaram suas propostas, cujo financiamento iniciou no ano seguinte, com o fim de desenvolver as atividades necessárias (OLIVEIRA et al., 2008).

A iniciativa do Promed, para analisar o contexto da integração ensino-serviço-comunidade na formação médica, serviu de base para a realização dos estudos de Alves et al. (2015), Souza; Zeferino; Da Ros (2011), Ciuffo; Ribeiro (2008) e Oliveira et al. (2008).

O estudo de Oliveira et al. (2008), que compõe sua tese de doutorado e avaliou em um de seus artigos o processo de mudança da formação médica a partir da visão de 318 estudantes do internato de seis escolas, sendo metade (159) pertencente às escolas participantes do Promed, constata que, em somente cerca de 13% nos cursos Promed e 20% nos cursos não Promed, a política de saúde é objeto de discussão ao longo de toda a graduação. Comparativamente, o autor mostra que a predominância de alunos que pretendem

se tornar especialistas chega a 75,9% e 68,7% em cursos Promed e não Promed, respectivamente.

Oliveira; Alves (2011), que objetivou avaliar o ensino médico a partir de uma amostra de 1.004 estudantes de medicina, evidencia consideração semelhante quanto à discussão acerca da políticas de saúde e a relação entre a formação/serviços de saúde na educação médica, considerando que ocorre de forma esporádica (durante uma ou outra disciplina) para 66% deles (667 alunos), enquanto menos de um quinto (16%) considerou a abordagem dessa dimensão durante todo o curso, desde o primeiro ano.

Os achados de Oliveira et al. (2008) e Oliveira; Alves (2011) apontam a insuficiência apresentada pelos estudantes quanto ao objetivo do processo de formação em dotar o futuro profissional de conhecimentos, na lógica da integração ensino-serviço-comunidade, para construir e apoiar, de forma crítica, as políticas nacionais de saúde e a dinâmica do mercado de trabalho.

Nessa direção, constata-se que a desarticulação acumulada ao longo das últimas décadas na implementação das políticas sociais, envolvendo os setores da educação e as políticas e práticas em saúde, refletem, após quase 30 anos de criação do SUS, no fato de que a qualificação dos profissionais de saúde ainda seja objeto intenso de debate (HADDAD, 2011).

Ainda sobre os impactos do Promed sobre a educação profissional e sua relação com as políticas de saúde, com ênfase na Atenção Primária, Souza; Zeferino; Da Ros (2010), ao avaliarem 12 escolas médicas beneficiadas pelo referido programa a partir de um questionário respondido por docentes responsáveis pelo Promed, mostram que a carga horária destinada ao ensino das grandes áreas (Clínica Médica, Pediatria e Tocoginecologia) no âmbito da APS ainda apresenta pouca expressão.

De acordo com o estudo de Souza; Zeferino; Da Ros (2010), na área de Clínica Médica, uma das escolas destina 28% do ensino destinado a essa área nos serviços primários, enquanto outras apresentam dedicação de apenas 6% a 8%, mesmo após mudança curricular. Na área da Pediatria, 6 (seis) escolas definem 10-20% de sua carga horária total no cenário da Atenção Primária, enquanto apenas uma escola atinge o percentual de 40%, e uma outra dedica apenas 5% do ensino ao nível primário de atenção. Já na área de Tocoginecologia, essa carga horária chega a 20% para três escolas, e não existem atividades previstas na APS para uma instituição.

Haja vista o fato de que a maior inserção entre o ensino e os serviços foi utilizada na seleção dessas escolas para participação do Promed, os autores do estudo em questão afirmam que essas mudanças ainda são pouco significativas no grau de transformação desejado.

A dificuldade encontrada na inserção longitudinal dos estudantes nos serviços de saúde, com prioridade à Atenção Primária, é ressaltada também no estudo de Almeida et al. (2007), que, através de uma abordagem qualitativa e análise de conteúdo, visou descrever as características da formação e analisar as iniciativas de mudanças dos cursos médicos no estado do Paraná.

De um quantitativo de cinco escolas paranaenses participantes do estudo de Almeida et al. (2007), no tocante à formação para o SUS, duas mantêm parceria com os serviços públicos de saúde nos diferentes níveis da atenção, sendo categorizadas, pelo autor, como muito próximas ao que se preconiza as DCN. Outras duas ofertam também atividades em serviços de natureza pública, porém sem uma relação tão próxima quanto à integração; assim, o autor categoriza um estágio em que se identificam algumas inovações compatíveis com as DCN.

Almeida et al. (2007) ainda observa que quatro escolas informaram que realizam atividades de saúde da família durante a graduação. Porém, dessas, uma especificou que são desenvolvidas do 1º ao 5º ano; uma, do 1º ao 3º anos; uma, durante o internato, e a última, não especificou a época. Mesmo um dos cursos apontados pelo estudo como de maior inovação, não existe carga horária estabelecida para o desenvolvimento das atividades do internato médico na APS.

Os dados mostram, portanto, que não se desenvolvem atividades curriculares na Atenção Primária à Saúde ao longo de todos os anos da graduação em Medicina, embora Demarzo et al. (2012) destaque inúmeras contribuições, tratadas pelo autor como “porquês”, desse nível de atenção sobre o currículo médico.

Dentre elas, estão: a atuação sobre diversos aspectos da vida e de seus ciclos; a possibilidade em lidar com o indivíduo e o coletivo de forma contextualizada; a compreensão da rede intersetorial de atenção à saúde; o desenvolvimento de trabalho interdisciplinar, garantindo uma prática integrada em saúde; e o aumento de resolubilidade clínica pelo enfrentamento às condições e problemas de maior complexidade, através de práticas de cuidado singulares e longitudinais (DEMARZO et al., 2012).

Além disso, Demarzo et al. (2012) corrobora que as atividades na APS devem ser desenvolvidas em todos os semestres/anos do curso, através de um modelo em espiral

crescente de complexidade, envolvendo uma abordagem sobre o indivíduo, a família e a comunidade desde o início do curso e sedimentadas durante o internato.

Seguindo-se experiências consideradas exitosas, Lampert et al. (2009) mostra em seu estudo, vinculado à Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (Caem/Abem) e realizado com um grupo de 28 instituições de ensino, visando avaliar as tendências de mudanças dos cursos médicos, que as escolas com tipologia considerada avançada (46,4%) apontam como evidências para os avanços: a organização do sistema de saúde no desenvolvimento curricular dessas instituições; a adoção de estratégias como a ampliação da carga horária na Atenção Primária, incluindo-se a ênfase na Estratégia Saúde da Família durante o internato; a criação de estágio curricular com inserção dos estudantes nos serviços de saúde do 1º ao 4º ano do curso médico; e a residência em Medicina de Família e Comunidade.

Em relação à constituição de ambientes diversificados no processo ensino-aprendizagem, tendo referência nos princípios do SUS e a organização da rede de saúde, Oliveira; Alves (2011) encontraram que, para 60% dos estudantes que participaram de seu estudo, o curso médico utiliza as Unidades Básicas de Saúde e hospitais da rede SUS como cenários de prática, seguindo a organização do sistema em torno da regionalização, hierarquização e de referência e contrarreferência. Para 28%, existe articulação com hospitais e ambulatorios, sem referência e contrarreferência com a rede assistencial. Por fim, para 5% dos alunos, o hospital de especialidades constitui-se como único campo de prática para ensino e estágios.

De forma semelhante aos resultados de Oliveira; Alves (2011), Carvalho; Duarte; Guerrero (2015), em seu estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa sobre os principais atores envolvidos na parceria entre um curso médico e seis unidades básicas de saúde inseridas como cenário de ensino-aprendizagem, descreve que 73,9% dos participantes perceberam evolução na integração ensino-serviço nos últimos anos.

Alves et al. (2015) aponta também um fortalecimento da integração contínua dos estudantes nos serviços de saúde, tendo a Atenção Primária como local privilegiado. Para isso, seu estudo foi desenvolvido a partir das repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

O PET-Saúde é uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que, por sua vez, foi implantado em 2005 como um desdobramento do Promed, envolvendo a parceria entre instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde, visando, através dos eixos “orientação

pedagógica”, “orientação teórica” e “cenários de prática”, aprofundar as mudanças nos cursos da saúde (HADDAD, 2011).

O Pró-Saúde e PET-Saúde diferem, portanto, do Promed, por ampliar o escopo de cursos atendidos, além de enfrentar o problema de que a integração ensino-serviço-comunidade é, muitas vezes, considerada uma tarefa exclusiva das escolas médicas (OLIVEIRA et al., 2008). Para esse último fim, o Pró-Saúde avançou na articulação com os gestores, a fim de trazer esses atores para discussão dos perfis dos profissionais de saúde que estão sendo formados.

Explicado esse breve percurso histórico sobre as políticas indutoras da formação, Alves et al. (2015) afirma que, no processo de reforma curricular das escolas médicas que participaram do Promed e que, no estudo, avaliou a repercussão do PET-Saúde, encontrou, em 15 das 17 instituições analisadas, inserção dos estudantes, através desse programa, em cenários de prática reais, principalmente em unidades básicas e centros de saúde, desde o início do curso.

Ainda com relação ao impacto desse programa sobre o currículo, Alves et al. (2015) discorre que, em aproximadamente um terço das escolas, não se fez referência à diretriz que identifica a integração entre os bolsistas do programa e o restante do corpo de professores e estudantes do curso, constituindo, assim, uma dissonância em relação à amplitude real que essas políticas ganham no contexto das escolas médicas.

O estudo de Feder (2015), que trata de um relato de experiência sobre o processo de reforma curricular na Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), observa a existência de entraves diante das modificações propostas pelo Pró-Saúde, considerando que o curso integrou um quantitativo de 11 instituições privadas participantes do programa. Mesmo após a criação de espaços de integração ao longo dos seis anos do curso, a exemplo de um Ciclo de APS para o 5º e 6º anos, observou-se que o currículo ainda era nuclear e encontrava-se fragmentado em cada ano do curso, havendo separação entre o ensino e práticas desenvolvidos pelos estudantes do 1º ao 4º ano, em relação ao internato.

Alves et al. (2015) revela, no tocante à influência do PET-Saúde sobre a organização curricular, que o programa contribuiu na incorporação de uma estrutura de preceptores que propiciasse a realização dos estágios curriculares na Atenção Primária, encontrando, assim, sustentabilidade com o estudo de Carvalho; Duarte; Guerrero (2015), Feder (2015), Zeferino; Zanolli; Antonio (2012), Ciuffo; Ribeiro (2008) e Oliveira et al. (2008), que identificam práticas inovadoras nos cursos, em graus variados de implementação, a partir das políticas

indutoras de transformação do ensino na área da saúde, como o Promed, Pró-Saúde e PET-Saúde.

O estudo de Aguiar; Cordeiro (2004), que descreve a experiência de implantação das Diretrizes Curriculares na Universidade Estácio de Sá, mostra que o estabelecimento e aprofundamento de parcerias com a finalidade de ampliar os cenários de ensino-aprendizagem é um componente trabalhoso e, ao mesmo tempo, frutífero, para o processo de mudança curricular.

Aguiar; Cordeiro (2004) identificam algumas instituições comunitárias em que são desenvolvidos projetos junto à universidade, dentre as quais estão organizações católicas que funcionam como creches, casas de abrigo e escolas estabelecidas em áreas adscritas das Unidades de Saúde da Família. Destaca-se nesse processo, que alunos e docentes participam, junto às organizações parceiras, da apreensão das prioridades. Mostra, portanto, que os usuários do sistema de saúde são determinantes na identificação de suas necessidades e corresponsáveis sobre o impacto das atividades desenvolvidas.

É oportuno ressaltar que a existência de cenários de aprendizagem diversificados na composição das atividades educacionais não indica que a instituição formadora prioriza a participação social-comunitária como estratégia de formação integral, no âmbito do que se preconiza o SUS.

Os resultados de Oliveira; Alves (2011) mostram, nessa direção, que, embora 60% dos 1.004 estudantes participantes do estudo utilizem serviços ligados à rede pública de saúde durante a graduação, incluindo o primeiro nível de atenção, somente 21% avaliam que o curso estabelece relação com as atividades comunitárias e populares, podendo traduzir que a relevância da sociedade para a educação médica seja uma realidade ainda distante.

Demarzo et al. (2012) destaca, então, a importância de garantir ao estudante uma inserção significativa, que o implique na corresponsabilização do cuidado, construindo projetos terapêuticos em conjunto com a equipe de saúde, o que significa a necessidade de uma pactuação conjunta com os trabalhadores dos serviços, os gestores e a comunidade local sobre as atividades e ações, de caráter individual e coletivo, que serão realizadas.

No âmbito dessa parceria com os gestores locais e regionais em que a universidade está inserida, Lampert et al. (2009) mostra que, para 10,7% do total de instituições que se percebem como tradicionais, a fragilidade nessa construção conjunta “escola e gestão” é apontada como um dos fatores dificultadores à integração dos estudantes nos espaços de prática.

Uma segunda questão apontada por Lampert et al. (2009) como nó crítico para uma implementação efetiva da integração ensino-serviço-comunidade é a falta de interesse dos professores em participar dos processos de planejamento do Sistema Único de Saúde.

É necessário compreender que o número de professores e estudantes refratários às propostas de mudança curricular e aos novos princípios e valores identificados nas Diretrizes Curriculares é significativo, especialmente em relação aos novos cenários de ensino-aprendizagem.

Corroborando ao exposto, Almeida et al. (2007) analisa que as dificuldades apresentadas para o baixo nível de desenvolvimento do processo formativo no contexto do SUS e, sobretudo, da Atenção Primária deve-se, possivelmente, ao desconhecimento ou dificuldade dos docentes em incorporar as tecnologias denominadas leves, especialmente por aqueles cuja formação se deu sob o paradigma flexneriano.

Entende-se por tecnologias leves a produção de relações envolvidas entre o trabalhador de saúde e o usuário, através do processo de escuta, confiança e construção de vínculos numa relação horizontal, captando, assim, com mais intensidade e de forma singular o contexto de vida das pessoas (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Demonstram ser essenciais na produção de cuidado e, portanto, devem influenciar a formação dos novos médicos diante de sua relevância na atuação sobre os determinantes sociais de saúde da população.

A inserção dos professores em atividades práticas, sobretudo na Atenção Primária, representa um forte ponto de resistência, sobretudo pelo fato de que a maioria desses profissionais foram formados sob uma paradigma diferente dos preceitos emanados pelas DCN. Carvalho; Duarte; Guerrero (2015) consideram o desenvolvimento docente como um desafio que também precisa ser enfrentado.

Zeferino; Zanolli; Antonio (2012) consideram um desafio a fixação de professores, em sua maioria especialistas e, principalmente, das áreas de Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia, em cenários fora do ambiente hospitalar. Nesse estudo, chama atenção que essa é uma das principais dificuldades encontradas, analisando a experiência da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, que passou por reforma curricular em 2001, mesmo ano da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Considerando, a partir da necessidade de se efetivar as mudanças curriculares, a diversificação dos cenários de prática como potente estratégia relacionada à integração ensino-serviço-comunidade, há que se entender também as relações que são estabelecidas nesses espaços, entendendo que a concepção de mudança não se situa na definição formal de

cenários em que, de forma preestabelecida, se desenvolve a prática profissional, mas a incorporação de novos espaços em que as relações sociais possibilitam a prática do cuidado em saúde.

Nessa dimensão, a aprendizagem interprofissional é identificada de forma recorrente na discussão sobre a atuação do estudante nos serviços de saúde e espaços comunitários, mas são incipientes as evidências que mostrem um envolvimento contínuo e significativo entre os cursos de Medicina e as demais profissões.

No eixo “cenários de prática” presente no estudo de Lampert et al. (2009), as escolas médicas com tipologia avançada, ou seja, aquelas que apresentam fortes evidências de avanços para as transformações, representando 46,4% das instituições avaliadas, apresentam forte inserção comunitária, aliada à participação de professores não médicos sociólogos, filósofos, fisioterapeutas.

Quanto à supervisão docente existente no curso médico analisado por Carvalho; Duarte; Guerrero (2015), chama atenção a existência de especialistas de diversas áreas, incluindo a área cirúrgica e outros, como endocrinologistas e pediatras, além dos docentes com formação em saúde coletiva.

Considera-se relevante também a oportunidade que o PET-Saúde promove na integração entre discentes e professores de áreas distintas, corroborando com outros estudos que identificam a troca de experiência entre estudantes dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, bem como de professores de distintas categorias profissionais (LEITE et al., 2012 *apud* ALVES et al., 2015; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011 *apud* CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015; NEUMANN; MIRANDA, 2012 *apud* CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015; PEREIRA, 2007 *apud* CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015).

A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem aliada à vivência e construção de vínculos do estudante com professores, profissionais de saúde, gestores, conselhos de saúde e usuários possibilitam apreender sobre a organização da prática e do trabalho em equipe. Com isso, torna-se imperativo o aprofundamento das discussões sobre o papel dos trabalhadores da rede local de saúde em torno do processo formativo e a corresponsabilização por parte dos serviços de saúde em relação aos objetivos educacionais e as propostas pedagógicas que devem ser ofertadas e construídas conjuntamente com as escolas.

Carvalho; Duarte; Guerrero (2015) descrevem que, embora 56,1% dos participante do estudo tenham considerado satisfatória a participação do serviço no processo ensino-

aprendizagem, os discursos de estudantes e professores ressaltam a necessidade de maior envolvimento por parte desses atores.

No âmbito dos serviços de saúde, alguns fatores limitantes encontrados são a rotatividade dos profissionais do serviço, a precária estrutura dos cenários de prática e a falta de incentivo para os profissionais da rede de saúde (LAMPERT, 2012).

O estudo de Carvalho; Duarte; Guerrero (2015) verificou a rotatividade, em algumas unidades básicas de saúde, de quase toda a equipe. Além disso, os autores apontam que 40,3% dos colaboradores da pesquisa referiram um tempo médio de um a três anos na vivência articulada ao ensino, indicando recente envolvimento sobre determinado ambiente de ensino-aprendizagem.

Ainda segundo Carvalho; Duarte; Guerrero (2015), os discursos relacionados à melhoria da estrutura dos cenários de prática recaíram especialmente sobre o ambiente físico, considerado insuficiente ou inadequado. Além disso, cabe salientar que essa constatação fica mais evidente na abordagem dos atores da escola, em contraposição ao serviço. Assemelha-se, ainda, aos estudos que atribuem a dificuldade de entrosamento entre alunos, docentes e profissionais do serviço à inadequação do espaço de prática (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011 *apud* CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015; GIL et al., 2008 *apud* CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015; SOUZA E CARCERERI, 2011 *apud* CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015).

Lampert et al. (2009), discutindo sobre os principais entraves identificados pelas escolas consideradas com tipologia tradicional em relação ao vetor “Apoio e tutoria”, reforça os achados de Carvalho; Duarte; Guerrero (2015), mostrando que existe falta de condições físicas, materiais e de recursos, impossibilitando o trabalho em grupos menores, ressaltando ainda a insuficiência de biblioteca, laboratórios e recursos audiovisuais e de informática.

Em contrapartida, para as instituições avançadas no processo de mudanças curriculares, Lampert et al. (2009) deixa claro que elas reconhecem a relevância da estrutura em geral dos ambientes como forma de apoio à tutoria, buscando, para isso, políticas de financiamento.

Zeferino; Zanolli; Antonio (2012) reforçam o que foi encontrado por Carvalho; Duarte; Guerrero (2015) e Lampert et al. (2009), ao discutir que a rede de saúde precisa estar estruturalmente preparada para receber os estudantes, considerando a pertinência de se garantir um ensino de qualidade a partir de metodologias ativas, em pequenos grupos para discussão de casos e participação em projetos terapêuticos.

Assim, a integração ensino-serviço-comunidade sofre influências de diferentes sujeitos, processos e estruturas presentes nas escolas médicas, na rede de saúde e na sociedade, apresentando, portanto, avanços e recuos em cada realidade, de maneira singular. Recomenda-se, para isso, depurar a complexidade que envolve esse campo, mobilizando atores na busca de efetivas mudanças, resultando em garantia de melhor qualidade da educação para o trabalho em saúde.

5.3 Análise dos estudos sobre reforma curricular e docência

Visando sintetizar a análise crítica das evidências achadas, o Quadro 2 traz os principais resultados e conclusões dos artigos sobre o processo de reforma curricular e docência.

Em relação ao impacto da reforma curricular nos processos de desenvolvimento docente das Instituições de Ensino Superior, os estudos trazem avaliações acerca: do perfil dos docentes das escolas médicas, das visões que os docentes tem do currículo tradicional, da reforma curricular, do currículo integrado, das contribuições da DCN-2001 para a adequação do perfil dos docentes das escolas médicas.

O artigo de Albino et al. (2004) traz as percepções de professores que participam do processo de mudança curricular do curso de medicina na Universidade Federal de Santa Catarina. A análise dos professores sobre o currículo tradicional apontou desde a facilidade de ser professor no antigo modelo, até a sua eficiência em preparar o estudante para os aspectos científicos da medicina.

Para Albino et al. (2004), quanto às características da estrutura do currículo tradicional, os docentes apontaram o que consideram limitações: pouca flexibilidade para mudanças no conteúdo; falta de integração entre curso básico e profissionalizante e entre teoria e prática; carga teórica excessiva; conteúdo predominantemente técnico-científico, com foco na especialização; inserção tardia do aluno na prática médica e falta da relação humanístico-social, impossibilitando a transmissão de valores.

Em Albino et al. (2004), os entrevistados observaram que, no currículo antigo, talvez pela divisão em departamentos, ocorria distância na relação entre os professores. O estudo de Bulcão; Sayd (2003) reafirma esse discurso, pois os entrevistados referem que há dificuldade em compartilhar o currículo com professores não-médicos de áreas básicas. Em contraposição a esses apontamentos, Feder (2015) relata que o corpo docente tem participado dos processos para implementar uma reforma curricular que seja efetiva na prática, pois participam e

QUADRO 4 - Síntese dos resultados e conclusões sobre reforma curricular e os processos de desenvolvimento docente

Título	Autores	Conclusões
É possível estabelecer uma linha de tempo de reformas curriculares no curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC?	Feder (2015)	O corpo docente do estudo tem participado dos processos para implementar uma reforma curricular que seja efetiva na prática, pois participam e colaboram com as modificações propostas e não resistem a integração curricular e a interdisciplinaridade.
Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem.	Carvalho; Duarte; Guerrero (2015)	O estudo aponta que os docentes não compartilham com alunos e profissionais do serviço a percepção de que a participação do aluno na UBS deve ser ampliada. Essas constatações mostram que os interesses são diferentes e que há um distanciamento entre os atores envolvidos.
Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na reforma curricular de escolas médicas participantes do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed).	Alves, et al (2015)	O estudo evidenciou que, para algumas instituições, o PET-Saúde se relacionou direta ou indiretamente à oferta de pós-graduação e educação permanente, como a criação do mestrado profissional para a área da saúde, mesmo não sendo diretamente ligada ao PET-Saúde, foi relacionada ao processo que vem se desenvolvendo desde o PROMED e que incorpora o PET como experiência de trabalho integrado na APS, com evidentes repercussões no currículo médico. Outra contribuição indireta do PET foi a crescente demanda por qualificação de profissionais de saúde envolvidos com esse programa, o que acaba por se refletir na oferta desses cursos.
Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina.	Demarzo et al (2012)	As diretrizes apontam os principais atores envolvidos na construção de PPP no contexto da APS. É fundamental a participação do médico especialista em Medicina de Família e Comunidade no quadro de docentes e preceptores. Recomenda-se uma proporção adequada de docentes especialistas em MFC entre os docentes, para adequar-se ao modelo pedagógico e às necessidades de saúde da população. Caso não exista no quadro da IES, a instituição deve pactuar com os gestores e o sistema de saúde a formação e/ou especialização deste profissional.
Experiência da atenção integral à saúde individual e familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e	Zeferino; Zanolli; Antônio (2012),	Nesta descrição de experiência de ensino voltada para o currículo médico integrado, os docentes têm o papel de dar supervisão às atividades dos alunos e contribuir na discussão dos casos atendidos, cobrindo a UBS e as equipes de saúde da família correspondente. Nesse relato, os autores apresentam também os desafios na concretização desse projeto político pedagógico, e entre eles está a dificuldade em fixar docentes e médicos-assistentes, na sua maioria especialistas, nessas práticas na

profissionalismo no currículo médico integrado.		atenção básica.
Currículo integrado: entre o discurso e a prática.	Souza; Zeferino; Da Ros, 2011	Em relação ao processo de educação permanente/atualização técnico científica para os docentes, nove escolas contempladas pelo Promed (75%) oferecem curso na área de Saúde Coletiva/Saúde Pública; dez escolas (83,3%), na área de Clínica Médica; oito escolas, na área de Pediatria ou Saúde da Criança e do Adolescente; e nove escolas, na área de Tocoginecologia.
Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular.	Garcia; Silva (2011)	Em relação às condições de ensino, elas são consideradas parcialmente adequadas por 50% de seus entrevistados, pois a modulação discente/docente apresenta um número de alunos que não corresponde às expectativas dos docentes. Segundo os entrevistados, mais de 40% dos docentes não participaram da discussão e elaboração do projeto pedagógico de seu curso, bem como da programação de sua área e de reuniões de planejamento. No entanto, mostraram interesse em participar de oficinas de integração e planejamento de ensino (41,7%), cursos de formação pedagógica (40,3%), comissões e grupos de trabalho pedagógico (33,3%) e eventos relacionados ao ensino médico (65,3%). Com relação à carga horária semanal dedicada à universidade: 19,4% (14 indivíduos) têm menos de 10 horas; 36,1% (26) entre 10 e 19; 26,4% (19) entre 20 e 34; e 18,1% (13) com 35 ou mais horas semanais, calculando-se 20,8 horas em média, demonstrando falta de compromisso de parte dos docentes, pois se dedicam parcialmente às escolas, dificultando, dessa forma, o processo de concretização do preconizado pelas DCNs.
Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras.	Lampert et al (2009)	Em relação ao eixo desenvolvimento docente, analisando cada tipologia de escola em cada vetor: 1 - No vetor formação didático pedagógica: 32,1% das escolas são tradicionais, 39,3% se apresentam inovadoras e 28,3% se apresentam avançadas. 2 - No vetor atualização técnico-científica: 17,9% das escolas são categorizadas como tradicionais, 71,4% como inovadoras e 10,7% se apresentam como avançadas. 3- No vetor participação nos serviços de Assistência: 10,7% das escolas se categorizam como tradicionais, 50% como inovadoras e 39,3% como avançadas. 4-No vetor capacitação gerencial: 39,3% das escolas se apresentam como tradicionais, 46,4% como inovadoras e 14,2% como avançadas.
Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um	Ciuffo; Ribeiro (2008)	O estudo refere que os métodos pedagógicos, muitas vezes, são incorporados pelos docentes, sem haver uma discussão político-pedagógica ou, em outros casos, há uma extensa discussão a respeito da mudança de paradigma referente ao processo saúde/doença, mas não há clareza de como as

diálogo possível?

práticas pedagógicas podem responder a esse novo paradigma.

Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas Diretrizes Curriculares: o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá.

Aguiar; Cordeiro (2004)

O curso entende que o cerne do desenvolvimento docente é a reconstrução do entendimento do processo saúde-doença e do ensino-aprendizagem-avaliação e que essa se dá por meio da estratégia de educação permanente e da problematização da tarefa docente no contexto de seu desempenho. Esta ocorre em reuniões propiciadas pelo curso, que congregam docentes das diversas áreas, sob supervisão de uma coordenação. As reuniões são os momentos pertinentes para a negociação do significado da docência e do desempenho de novos papéis, muitos dos quais novos e desconhecidos.

Percepções de professores da primeira e segunda fase do curso de graduação em medicina sobre o novo currículo da Universidade Federal de Santa Catarina.

Albino et al (2004)

As percepções de professores que participam do processo de mudança curricular.

Quanto às características da estrutura do currículo anterior, os profissionais apontaram o que consideram suas limitações: pouca flexibilidade para mudanças no conteúdo; falta de integração entre curso básico e profissionalizante e entre teoria e prática; conteúdo predominantemente técnico-científico, inserção tardia do aluno na prática médica e falta da relação humanístico-social.

Em relação à estrutura do currículo novo, essa foi descrita como: modular, centrada nas necessidades do SUS, com integração dos conteúdos, de complexidade crescente, com visão do todo, contemplando as dimensões humanístico-antropológica e sociocultural, tendendo à interdisciplinaridade e inserindo o aluno precocemente em cenários de prática.

Nesse estudo, aborda várias limitações na implantação do novo currículo, entre elas: a estrutura universitária que tem enfrentado restrições econômicas e depende da política do país, que é pouco flexível, não contemplando, em seu regimento, aspectos da nova estrutura curricular.

As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica

Bulcão; Sayd (2003)

Em entrevistas, os docentes apontaram:

- 1- Que não houve uma preparação prévia, específica, para a carreira docente;
- 2- Dificuldade em se adaptar à prática de atendimento primário em unidades extra-hospitalares;
- 3- Perda de autonomia nas decisões sobre o ensino. Há relatos de dificuldade dos docentes de lidar com interdisciplinaridade e com o currículo integrado;
- 4- Desmotivação com as atividades de ensino. Os professores manifestam descontentamento com as condições de exercício docente na faculdade e relaciona isso ao corpo discente;
- 5- Que há falta de oportunidades de reciclagem e há necessidade de uma educação continuada.

Fonte: Elaborado pelos autores.

colaboram com as modificações propostas e não resistem à integração curricular e à interdisciplinaridade.

No artigo de Albino et al. (2004), os entrevistados demonstram uma relação entre o aluno e o professor, de forma hierárquica. Corroborando com Garcia; Silva (2011) que, em seu estudo, apontam que 40% dos entrevistados consideram essa relação inadequada.

O modelo flexneriano permaneceu enraizado e ainda permanece na estrutura curricular de muitas escolas médicas brasileiras. As características desse currículo de centralidade na especialização de conhecimentos e base biologicista tendem a uma prática educativa extremamente transmissora de conteúdos que não fomentam uma postura ética e crítica por parte do corpo docente. Dessa forma, muitas escolas médicas encontram-se oferecendo um curso de graduação questionado em sua terminalidade, quanto à sua capacidade de formar um profissional adequado para as exigências do mercado de trabalho (SOUSA, 2011).

Em Albino et al. (2004), também foi apontado a descrição por parte dos docentes em relação à estrutura do currículo novo, estando caracterizada como: modular, centrada nas necessidades do Sistema Único de Saúde, integrando os conteúdos de complexidade crescente e apresentando visão do todo, contemplando as dimensões humanístico-antropológicas e socioculturais, tendendo à interdisciplinaridade e inserindo o aluno precocemente em diversos cenários de prática.

Entre as vantagens percebidas no novo currículo, alguns entrevistados do trabalho de Albino et al. (2004) apontam melhora na relação professor/professor e professor/aluno, porque, além dos professores interagirem continuamente para discutir os conteúdos e estratégias curriculares, a abordagem pedagógica é mais centrada no aluno, sendo o professor um facilitador da construção de conhecimentos, estimulando sua criatividade e autoaprendizado.

No artigo de Albino et al. (2004), a reforma curricular tem sido percebida pelos professores de diversas formas. Alguns a consideram tranquila, desafiante e motivante, ou mesmo uma oportunidade de adquirir novos conhecimentos. A percepção como algo difícil, complicado ou que, no início, provocou medo e insegurança, também foi relatada. Outros, ainda, manifestam a sua preocupação com o fato de que não basta mudar o modelo, mas sim as pessoas envolvidas nele, sob o risco de a mudança não trazer os resultados esperados.

Nesse estudo também, os autores Albino et al. (2004) abordam várias limitações vivenciadas no cotidiano da implantação do novo currículo, entre elas: a estrutura universitária que tem enfrentado restrições econômicas e depende da política do país, cuja parte administrativa é pouco flexível, não contemplando, em seu regimento, aspectos da nova

estrutura curricular; e a falta de infraestrutura, que inclui a falta de equipamentos e de salas de aulas, pois o novo currículo pressupõe menor número de alunos por professor, implicando em necessidade de mais salas.

Concordando com esse estudo, Garcia; Silva (2011) demonstram que, em relação às condições de ensino, elas são consideradas parcialmente adequadas por 50% de seus entrevistados, pois a modulação discente/docente apresenta um número de alunos que não corresponde às expectativas dos docentes.

Fortalecendo a ideia de Albino et al. (2004) e Garcia; Silva (2011), vem os apontamentos de Bulcão; Sayd (2003), quando expõem que o sentimento de desmotivação dos docentes em relação à faculdade também deve ser relacionado à insuficiência de recursos investidos na instituição. Em relação ao ensino propriamente dito, os docentes manifestam preocupação com a qualidade da formação médica, ameaçada em decorrência da precariedade de recursos materiais e tecnológicos. A deficiência de recursos financeiros foi diretamente relacionada, pelos professores, à deterioração do ensino. Observa-se que, intensificando o sentimento de desmotivação, manifesta-se um sentimento de impotência em relação ao desejo de modificar e melhorar as condições de exercício profissional na instituição.

Nesse contexto, sabendo que não há como se pensar em reorientação da educação médica sem as contribuições do corpo docente e dissociadas do apoio institucional, enfoca-se a necessidade de investimentos nas instituições, possibilitando a concretização de estruturas mínimas fundamentais para que os professores atuem e não se sintam desmotivados a exercer a docência no processo de formação de médicos voltados para as necessidades de saúde da população.

O trabalho de Bulcão; Sayd (2003), ao analisar o tornar-se docente e a questão de preparação político pedagógica, aponta a carreira docente como acidental e que todos os docentes fizeram parte de uma geração em que não se exigia concurso para ingressar no magistério público.

Assim, a grande maioria dos entrevistados do estudo de Bulcão; Sayd (2003) relata o “tornar-se professor” como indicação e convite de algum tutor ou catedrático da universidade, sendo percebido por alguns docentes como uma passagem natural de médico do hospital universitário a docente, como se fosse inevitável que a assistência médica, em um hospital universitário, estivesse, já de antemão, vinculada ao ensino.

Os apontamentos de Bulcão; Sayd (2003) revelam, assim, que não houve nesse processo uma preparação prévia, específica, para a carreira docente. Ciuffo; Ribeiro (2008), em seus estudos referem que os métodos pedagógicos, muitas vezes, são incorporados pelos

docentes sem haver uma discussão político-pedagógica ou, em outros casos, há uma extensa discussão a respeito da mudança de paradigma referente ao processo saúde-doença, mas não há clareza de como as práticas pedagógicas podem acompanhar ou responder a esse novo paradigma. Colaborando com esse estudo, Garcia; Silva (2011) inferem que mais de 40% dos docentes entrevistados não participaram da discussão e elaboração do projeto pedagógico de seu curso, bem como da programação de sua área e de reuniões de planejamento.

Isso demonstra fragilidades do curso avaliado por Garcia; Silva (2011), no tocante ao planejamento pedagógico, o que, por sua vez, implica o desconhecimento das atividades dos alunos nos serviços e comunidade, além das dificuldades em explicar as diretrizes do curso.

Na pretensão de uma nova estrutura para a educação universitária, norteado pelo currículo baseado em competências, torna-se fundamental o investimento na formação do docente na tradução de competências relacionadas aos valores éticos; a socialização e significação dos conteúdos em diferentes contextos e de sua articulação interdisciplinar, bem como o conhecimento pedagógico e dos processos de investigação que possibilitam o aperfeiçoamento da prática docente e uma melhor interlocução com os sujeitos da aprendizagem (CAMPOS et al., 2007).

Como observamos no depoimento dos professores participantes do estudo de Ciuffo; Ribeiro (2008), há o reconhecimento de que o mundo está mudando e de que a universidade precisa refletir essas mudanças em seu projeto pedagógico, a fim de formar um profissional que esteja preparado para enfrentar os desafios impostos pelo mundo do trabalho. Além disso, compreendem que a inovação está intimamente ligada ao projeto pedagógico e ao papel da escola em sua relação com a sociedade.

Segundo a análise dos autores, infere-se que há mais suspeitas sobre a necessidade de se processarem alterações em conteúdo, métodos de ensino, atividades práticas, do que propriamente ousadia, capacidade estratégica para se conduzirem processos e se ganharem condições políticas para realizá-las.

No estudo de Lampert et al. (2009), com 28 escolas médicas brasileiras, os autores dividem as escolas por tipologia de tendência de mudanças e as avalia de acordo com vários eixos e vetores conceituais na relevância da formação do profissional médico. Para analisar o eixo sobre desenvolvimento docente, a autora utiliza como vetores a “formação pedagógica”, “atualização técnico-científica”, “participação nos serviços de assistência” e “capacitação gerencial”, conforme a Tabela 4.

Tabela 4-Percepção dos atores sociais de 28 escolas médicas ao considerarem os vetores do eixo Desenvolvimento Docente - Caem/Abem, 2007

Vetores	Alternativa 1		Alternativa 2		Alternativa 3	
	Tradicional		Inovadora		Avançada	
Formação pedagógica	9	32,1%	11	39,3%	8	28,6%
Atualização técnico-científica	5	17,9%	20	71,4%	3	10,7%
Participação nos serviços de assistência	3	10,7%	14	50,0%	11	39,3%
Capacitação gerencial	11	39,3%	13	46,4%	4	14,2%

Fonte: Adaptado de Lampert et al. (2009)

Em relação ao eixo Desenvolvimento Docente, o vetor “formação didático-pedagógica”, na avaliação das escolas consideradas de tipologia tradicional (32,1%), os cursos apontaram a inexistência de formação pedagógica, e quando existem oportunidades de capacitação docente, há baixa participação dos professores. Refere que há o predomínio de atividades de capacitação oferecidas de forma esporádica, pontual e sem continuidade, sob a forma de seminários de capacitação docente. Em algumas escolas que participaram do estudo, visualizam-se iniciativas incipientes de avanços.

Em comparação com as escolas com tipologias inovadora com tendência tradicional e inovadora com tendência avançada (39,3%), Lampert et al. (2009) avalia que, em relação ao vetor “formação didático pedagógica”, nesses cursos não há clareza sobre a importância da formação pedagógica, e as escolas ainda revelam o pouco investimento institucional: não existe política didático-pedagógica para docentes, apesar da necessidade; existe a intenção, mas a operacionalização encontra resistência institucional; não existe obrigatoriedade de aperfeiçoamento docente por parte da instituição.

Lampert et al. (2009), ao avaliar as escolas avançadas (28,6%) sobre o mesmo eixo, conclui que, apesar das instituições ainda não oferecerem e exigirem capacitação didático-pedagógica dos docentes, o processo se faz com evolução. Alguns cursos que foram avaliados pelos autores conseguem demonstrar avanços, como acompanhamento por assessoria pedagógica e participação de seminários de atualização didático-pedagógica obrigatórios para atuar na instituição. Há relatos também da existência de núcleos de apoio psicopedagógico, comissão permanente de avaliação institucional, entre outras atividades com a finalidade de desenvolvimento da docência.

Esses aspectos relacionados ao despreparo para o exercício do magistério são referidos por Ciuffo; Ribeiro (2008) e Bulcão; Sayd (2003), demonstrando que a formação do docente tem sido apontada como fator limitante à mudança e melhoria da qualidade do ensino, sendo considerada o grande desafio nos aspectos que envolvem a transformação dos envolvidos no processo ensino-aprendizagem (ALBINO et al., 2004).

Ainda no estudo de Lampert et al. (2009), os resultados encontrados no vetor que trata da participação dos docentes nos serviços de assistência mostram que, nas escolas tradicionais (10,7%), há falta de interesse dos docentes em participar de cargos em secretarias de saúde, e quando assim o fazem, não interagem com a universidade.

Na análise das escolas com tipologia “inovadora com tendência tradicional” e “inovadora com tendência avançada” (50%), há participação dos professores nos serviços de planejamento do sistema de saúde. Os autores do estudo apontam várias referências à integração com a rede pública de saúde: existe estímulo à integração docente assistencial, à integração com as secretarias municipal e estadual de saúde, contribuindo, dessa forma, para o planejamento em saúde a nível local. Os autores também citam algumas escolas médicas com resistência dos docentes a essas atividades.

Nas escolas com tipologia avançada (39,3%), o estudo de Lampert et al. (2009) evidencia que, na análise do mesmo vetor, há escolas em que os docentes participam do sistema de saúde em sua área de influência, e os médicos dos serviços têm participação na docência.

Em relação ao vetor “capacidade gerencial”, os achados de Lampert et al. (2009) destacam que as escolas tradicionais (39,3%) não priorizam a formação dos docentes que assumem cargos administrativos. Nota-se que, tanto as atividades docentes quanto as administrativas, mostram-se desvalorizadas pelas instâncias administrativas e, até mesmo, pelos próprios professores nas escolas percebidas como tradicionais.

Para Lampert et al. (2009), as escolas com tipologia “inovadora com tendência tradicional” e “inovadora com tendência avançada” (46,4%) no processo de capacitação gerencial, observa-se certo avanço, pois, apesar de ainda não promoverem, as escolas inovadoras já reconhecem a importância do vetor, tendo docentes que assumem cargos administrativos institucionais com algum conhecimento de ciências administrativas. Há casos, entretanto, em que, além de a escola não estimular a capacitação gerencial, ainda persistem as resistências dos docentes para essa qualificação.

Em comparação com as escolas avançadas (14,2%) no vetor “capacitação gerencial”, os autores do estudo apontam que já existe o reconhecimento da necessidade de profissionalização dos docentes gestores, e até mesmo a exigência de que os gestores se capacitem.

No escopo do estudo de Lampert et al. (2009), com relação ao vetor “atualização técnico-científica”, nas escolas de tipologia tradicional (17,9%) prevalecem a falta de planejamento e de incentivo institucional aos docentes; já nas escolas com tipologia

“inovadora com tendência tradicional” e “inovadora com tendência avançada” (71,4%), verifica-se o apoio a determinadas atividades, como participação em eventos com auxílio financeiro e estímulo individual para capacitação. As escolas têm apoiado também a realização de cursos de pós-graduação, dando permissão para o afastamento de docentes para qualificação e promovendo alguns programas de apoio institucional e planos de carreira *stricto sensu*.

Em relação às escolas com tipologia avançada (10,7%), no vetor “atualização técnico-científica”, Lampert et al. (2009) afirma que ainda não existe a exigência formal, mas um estímulo à atualização dos professores, observando-se a compreensão da importância da atualização, a liberação formal dos profissionais para participação em atividades de capacitação, e mesmo a existência de política de apoio da participação docente em eventos científicos. A pós-graduação *stricto sensu* também tem sido apoiada como norma institucional de capacitação docente e incentivo à pós-graduação.

Na análise do estudo, fica evidente que a formação didático-pedagógica e a capacitação gerencial são aspectos relevantes da competência docente para imprimir mudanças na formação profissional, e foram as vertentes que demonstraram menor avanço.

Nenhuma escola percebe o desenvolvimento docente integralmente no nível avançado, o que indica uma fragilidade para atender às diretrizes de forma plena. Mais de uma escola se percebe totalmente no nível tradicional.

Entre os vetores, o que mais avança é a participação nos serviços de assistência, em que 11 escolas se consideram avançadas e 14, inovadoras, sendo que apenas 3 se percebem como tradicionais. É importante observar que esse vetor tem uma relação direta com o eixo “cenários da prática”, sendo um dos que avançou no sentido da integração ensino-serviço-comunidade.

No relato de experiência das estratégias adotadas pelo curso de medicina da Universidade Estácio de Sá no Rio de Janeiro, a fim de proporcionar a integração horizontal e vertical do currículo, de acordo com as DCN, os autores Aguiar; Cordeiro (2004) apontam, em seu eixo Programa de Desenvolvimento Docente, que o curso entende o cerne do desenvolvimento docente como sendo a reconstrução do entendimento, por parte do corpo docente, das premissas do processo saúde-doença (na direção da integralidade) e do processo ensino-aprendizagem-avaliação, sendo esta tarefa muito complexa e que só consegue ser concretizada por intermédio da estratégia de educação permanente.

Aguiar; Cordeiro (2004) destacam que a problematização da tarefa docente no contexto de seu desempenho acontece na concretização da própria prática, realizando-se

reuniões propiciadas pelo curso, que congregam docentes das diversas áreas, sob supervisão de uma coordenação designada para fomentar essa problematização. O autor identifica, na realização das reuniões das Comissões e Programas, reuniões mensais de docentes por período, reuniões do Conselho de Coordenadores de Período e eventos periódicos de planejamento e avaliação do curso, a existência de espaços pertinentes para a negociação do significado da docência e do desempenho de novos papéis, muitos dos quais novos e desconhecidos.

Corroborando com o relato de Aguiar; Cordeiro (2004), os autores Garcia; Silva (2011) demonstraram em seu estudo que os docentes médicos mostraram interesse em participar de oficinas de integração e planejamento de ensino (41,7%), cursos de formação pedagógica (40,3%), comissões e grupos de trabalho pedagógico (33,3%) e eventos relacionados ao ensino médico (65,3%).

O desenvolvimento docente está intimamente relacionado à reestruturação do projeto pedagógico que se pretende efetivar nas escolas médicas, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais. Afinal, são os professores que deverão levar adiante e concretizar dentro das escolas as propostas de reformulação curricular. Para que as propostas se realizem na prática, é necessário o comprometimento dos responsáveis por sua execução. Tal compromisso só pode ser obtido por meio da formação crítica e dedicação dos docentes em relação às transformações necessárias e às maneiras como podem ser efetivadas. Caso contrário, não passarão de formulações apenas discursivas (GARCIA; SILVA 2011).

O estudo de Garcia; Silva (2011) mostra que, com relação à carga horária semanal dedicada à universidade: 19,4% (14 indivíduos) têm menos de 10 horas; 36,1% (26) entre 10 e 19; 26,4% (19) entre 20 e 34; e 18,1% (13) com 35 ou mais horas semanais, calculando-se 20,8 horas em média, demonstrando falta de comprometimento de parte dos docentes, pois se dedicam parcialmente às escolas, dificultando, dessa forma, o processo de concretização do preconizado pelas DCN.

Fortalecendo esse achado, os apontamentos da Cineaem comprovam uma dedicação parcial dos docentes às atividades de ensino, sendo menor a fração constitutiva da renda mensal proveniente da docência (ACIOLE; MERHY, 2003).

De acordo com Batista e Batista (2005, apud Perim, 2011)

O desenvolvimento docente em medicina requer a construção de uma cultura efetiva de educação permanente e de integração das várias atividades docentes no desafio de responder às transformações sociais e do mundo do trabalho [...]. As exigências em relação ao aperfeiçoamento docente devem ser acompanhadas de vontade política, de elaboração de programas efetivos, de investimento econômico e de melhoria das

condições de trabalho. A elaboração e implementação de programas de formação e avaliação docente devem considerar a complexidade das relações dentro das instituições e destas com a sociedade, estruturando instrumentos para dimensionar o impacto das medidas implementadas e seu valor para subsidiar a tomada de decisões no contexto do ensino médico. (PERIM, 2011, p.80)

Os autores Aguiar; Cordeiro (2004) trazem uma contribuição importante no foco desse estudo, pois mostram em seu relato que, por interlocução da participação ativa do corpo docente do curso, está sendo possível avançar na criação de modelos viáveis de implementação das diretrizes curriculares nacionais.

Esse relato de Aguiar; Cordeiro(2004) aproxima-se do estudo de Garcia; Silva (2011), que apontaram sobre a estruturação da reforma curricular, contando com o apoio da equipe de docentes representantes das diferentes áreas do curso e assessoria pedagógica na elaboração dos programas e estratégias de avaliação e capacitação dos docentes.

O estudo de Bulcão; Sayd (2003) faz um contraponto ao exposto por Aguiar; Cordeiro (2004) e Garcia; Silva (2011), pois os docentes médicos entrevistados em seu trabalho se mostram relutantes e insatisfeitos com as mudanças curriculares propostas. Para os professores, o valor de autonomia é grande tanto no âmbito profissional quanto no docente.

A escola médica sem autonomia técnica e sem autonomia pedagógica apresentou-se como fator importante de desgaste profissional para o educador médico. Alguns relatos no estudo de Bulcão; Sayd (2003), revelam apreensão quanto a um processo de perda de poder de decisão por parte de médicos e professores, identificado, por exemplo, na dificuldade em se dividir o espaço do hospital com outros saberes, que não o médico.

Outro fato apontado no trabalho de Bulcão; Sayd (2003) foi a dificuldade em se aceitar o compartilhamento do currículo com professores não-médicos de áreas básicas, o que acarreta uma piora no relacionamento entre os profissionais dos dois segmentos.

As DCN preconizam a integração curricular, e para que essa seja alcançada, é necessário existir uma ação pedagógica por parte do corpo docente e de todos os atores da instituição, no sentido de promover elementos integradores entre as disciplinas do curso, numa perspectiva relacional, na tentativa de se contemplar a interdisciplinaridade e, com isso, fomentar a integração dos saberes (ARAÚJO, 2011).

A nova estrutura curricular preconiza a inserção dos alunos nos serviços de Atenção Primária à Saúde desde o primeiro ano do curso. Nesse sentido, Zeferino; Zanolli; Antonio (2012), em seu relato de experiência na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, refere a existência de um docente ou médico assistente da faculdade e

um tutor no acompanhamento dos estudantes nos serviços básicos, mostrando, assim, a importância dos docentes na qualificação da supervisão.

O trabalho de Carvalho; Duarte; Guerrero (2015) com docentes que acompanharam as atividades práticas do curso médico nas Unidades Básicas de Saúde apontam que os docentes não compartilham com alunos e profissionais do serviço a percepção de que a participação do aluno na UBS deve ser ampliada. Essas constatações mostram que há um distanciamento entre os atores envolvidos.

Na análise de Zeferino; Zanolli; Antônio (2012), em seu relato de experiência na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, os autores apresentam também a dificuldade em fixar docentes e médicos-assistentes, na sua maioria especialistas, nessas práticas na atenção básica, à exceção das áreas de Pediatria e Saúde Coletiva, que utilizam esses campos de prática há mais de 30 anos. A Clínica Médica e a Tocoginecologia ainda têm dificuldades no ensino fora do ambiente hospitalar. Corroborando com esse apontamento, Bulcão; Sayd (2003) destacam a dificuldade dos professores em se adaptar à prática de atendimento primário em unidades extra-hospitalares.

O trabalho em assistência primária ou ambulatorial é encarado por muitos docentes com intolerância e insatisfação. A desvalorização, por parte do médico, quanto a esse tipo de prática e a dificuldade do professor em lidar com essa demanda tenderá a se reproduzir no aluno. O enfrentamento desse problema requer uma política de ensino que se distancie do paradigma flexneriano e sua visão hospitalocêntrica, e que valorize a importância dos diversos cenários de prática na formação de um profissional mais completo (BULCÃO; SAYD, 2003).

A inserção do estudante na comunidade, fazendo diagnósticos de necessidade e propondo intervenções de educação em saúde, colaboram para aproximar o futuro médico da realidade social e facilita o processo de formação profissional na área da saúde em consonância com as diretrizes e princípios do SUS. Nessa dimensão, o docente é um dos atores fundamentais na concretização desse processo, pois atua pactuando, incentivando e se integrando junto aos estudantes nos serviços de saúde.

Para Demarzo et al. (2012), a elaboração de projetos político-pedagógicos no contexto da APS deve considerar, de forma imprescindível, a participação do médico especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na constituição do quadro docente e de preceptoria no ensino. Ele faz recomendações de que haja proporção adequada de docentes especialistas em MFC entre os docentes universitários, para adequar-se ao modelo pedagógico e às necessidades de saúde da população.

Ainda para Demarzo et al. (2012) e Carvalho; Duarte; Guerrero (2015), o ensino da abordagem clínica individual, familiar e comunitária na APS deve ser realizado pelo médico especialista em MFC e por outros profissionais com competência nessa dimensão e inserção significativa nesse cenário. Afirma ainda que, caso não exista no quadro da instituição o especialista em MFC, a instituição deve pactuar com os gestores universitários e do sistema de saúde a formação e/ou especialização desse profissional médico, além de criar programas de desenvolvimento profissional contínuo e educação permanente para a docência em APS, incluindo docentes e médicos dos serviços (preceptores), em parceria com o gestor local de saúde.

Com foco em estratégias de promoção de educação permanente, o estudo de Alves et al. (2015), ao analisar as repercussões do PET-Saúde na reforma curricular de escolas médicas participantes do Promed, evidencia que, para algumas instituições, o PET-Saúde se relacionou direta ou indiretamente à oferta de pós-graduação e educação permanente. Relata que em uma instituição houve a criação do mestrado profissional para a área da saúde que, embora não esteja diretamente ligada ao PET-Saúde, relaciona-se ao processo que vem se desenvolvendo desde o Promed e que incorpora as experiências de trabalho integrado na APS, com evidentes repercussões no currículo médico.

Alves et al. (2015) ainda afirma que, com o PET-Saúde, foi possível desenvolver a educação permanente dos preceptores, favorecendo uma postura mais reflexiva sobre suas próprias experiências, o que contribui na identificação de soluções para enfrentar os problemas cotidianos.

Para Bulcão; Sayd (2003), a maioria dos docentes entrevistados de uma universidade do Rio de Janeiro se ressentem com a falta de oportunidades de reciclagem de sua formação profissional e manifesta necessidade de uma educação continuada. Além disso, os profissionais se queixam de que a iniciativa para esse tipo de atividade tem ocorrido individualmente, e não promovida pela instituição.

Indo de encontro ao apontamento de Bulcão; Sayd (2003), Souza et al. (2011) demonstra em seu estudo que existem oportunidades de educação continuada para o quadro docente das escolas contempladas pelo Promed. Com relação à pós-graduação, nove escolas (75%) oferecem curso na área de Saúde Coletiva ou Saúde Pública; 10 escolas (83,3%), na área de Clínica Médica; oito escolas, na área de Pediatria ou Saúde da Criança e do Adolescente; e nove escolas, na área de Tocoginecologia.

No geral, em relação à satisfação profissional com a docência médica, Garcia; Silva (2011) apontaram que 90,3% dos docentes referiram estar satisfeitos (15,3%) ou parcialmente

satisfeitos (75,0%) com as atividades de ensino. Em contrapartida, Bulcão; Sayd (2003) identificam, no discurso dos professores médicos, grande desmotivação com as atividades de ensino e condições de exercício docente na faculdade.

O sentimento de desestímulo em relação ao ensino e tendo como ponto de partida o corpo discente também é compartilhado por vários professores, segundo Garcia; Silva (2011). Além do baixo nível de conhecimentos considerados pré-requisitos para a formação médica no ingresso à universidade, o nível de cultura e de conhecimentos gerais também é bastante criticado pelos professores.

Portanto, entendendo que o processo de mudança é determinado social, econômico e politicamente, e identificando todas as questões intrinsecamente relacionadas ao papel docente na escola médica, compreende-se que as resistências a esse processo de transformação persistirão. Necessita-se, então, intensificar as articulações dentro e fora das escolas médicas, enfrentando o desafio de (re)construir os papéis e valores dos docentes na prática médica, junto aos estudantes, gestores, trabalhadores e usuários, na concretização das mudanças estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de compreender o panorama da educação médica ao longo dos últimos 15 anos, após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais, constata-se a diversidade de cenários, atores e processos constituídos nas escolas médicas brasileiras, que passam, nos últimos três anos, por uma significativa ampliação em praticamente todas as unidades federadas.

Ao mesmo tempo, o currículo, enquanto artefato social e cultural, encontra-se localizado no âmbito das determinações sociais, históricas e de seu contexto (LAMPERT, 2002). Portanto, diante da dinamicidade da educação médica e das concepções ligadas ao currículo, é necessário compreender que sempre há de ter aspectos que podem ser melhorados, inovados, ou ainda transformados.

No mesmo sentido, Oliveira (2007) afirma que nenhum outro termo tem sido tão associado à formação médica como a palavra “mudança”. Resta saber, porém, quais iniciativas existem dentro e fora das instituições formadoras que objetivam realizar essas mudanças, bem como os recursos utilizados e as articulações construídas com outros atores, com a finalidade de se conformar não somente uma ação isolada, mas um projeto qualificado que consiga enfrentar, de forma participativa e construtiva as resistências e conflitos que se apresentam ao longo do caminho.

Nesse contexto, grande parte dos estudos analisados apontam que existem tendências para inovação nas escolas médicas, em direção às transformações desejadas. Os artigos são unânimes em identificar as necessidades de saúde da sociedade como a finalidade da formação dos médicos, sob as quais as políticas do setor de educação e saúde devem estar alinhadas. Isso justifica, para o conjunto das publicações, a necessidade de se efetivar a integração ensino-serviço-comunidade e a transformação do perfil docente.

No tocante às estratégias de integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade, os artigos que serviram de base para esse estudo consideram a implementação de políticas indutoras como importantes avanços, a exemplo do Promed e, em especial, do Pró-Saúde e PET-Saúde. No bojo dessa mudança, iniciada logo após a homologação das DCN-2001, os estudos destacam, sobretudo, maior ênfase da Atenção Primária à Saúde no desenvolvimento curricular. Mas, até o momento, não se percebem nessas experiências grandes desdobramentos, seja no sentido de ganhar maior escala ou de se fortalecer a integração com o sistema de saúde, de forma institucionalizada.

No outro extremo, as publicações descrevem também as principais insuficiências encontradas, tanto no âmbito das universidades, como a resistência docente na utilização de novos cenários de prática, a frágil parceria com os gestores e a inserção comunitária inexistente ou limitada, bem como as relacionadas ao serviço, dentro das quais a limitação/inexistência de espaço físico, a rotatividade dos profissionais do serviço e a compreensão dos objetivos educacionais apresentam importante relevância.

Em relação ao perfil docente encontrado nas instituições de ensino ao longo dos últimos 15 anos, os artigos mostram influência das Diretrizes Curriculares sobre o envolvimento dos professores nos serviços de saúde e ampliação das possibilidades de atualização didático-científica, em especial os programas de pós-graduação *stricto sensu*.

A participação nos serviços de assistência tem apresentado alguma evolução atrelada ao maior envolvimento dos discentes nos cenários de práticas e ao aumento da oferta de espaços que possibilitam a integração ensino-serviço, segundo as experiências inovadoras apresentadas pelos artigos.

A formação didático-pedagógica e capacitação gerencial constituem-se como políticas e ações da escola prioritárias em relação ao corpo docente, considerando o avanço limitado no escopo dos estudos analisados. O termo capacitação, cuja concepção é aqui desenvolvida de forma ampliada, não se constitui como mero treinamento, pois implica em mudanças de referências teórico-metodológicas e de pressupostos enraizados sobre o processo formativo: o papel docente e a prática médica.

Esse estudo, longe de esgotar a compreensão sobre as determinações envolvidas na definição dos papéis e valores dos docentes e na orientação do currículo para uma prática médica responsiva às demandas sociais, por entendê-las como processo, contribui na síntese das principais evidências que mostrem, ao longo dos 15 anos, como se encontra esse movimento de mudanças, com ênfase sobre o corpo docente e integração ensino-serviço-comunidade, identificando suas principais potencialidades e insuficiências.

Diante do amplo debate gerado a partir das recentes mudanças no campo da formação médica, por influência do Programa Mais Médicos, se impõe a necessidade de produção de novos estudos, de caráter abrangente, envolvendo o conjunto das escolas médicas e dos atores nelas inseridos, trazendo, em especial, a visão da comunidade, pois, apesar de ter sua importância reconhecida nas publicações que compuseram a amostra desse estudo, foi secundarizada no desenvolvimento de grande parte das pesquisas.

Além disso, constata-se que nenhum dos artigos publicados após a homologação do Programa Mais Médicos (lei nº 12.871/2013) e selecionados nesse estudo traz a análise das

mudanças na graduação a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, certamente em virtude da atualidade da discussão para as próprias instituições de ensino, além do desafio de implementar novas adequações curriculares em uma estrutura ainda pouco permissiva às intervenções mais abrangentes no intuito de se promover a mudança necessária no perfil do egresso.

Finalmente, não é possível finalizar esse estudo sem trazer uma provocação construtiva e propositiva às escolas médicas e à sociedade: as DCN têm provocado mudanças, mas ainda a transformação está longe. Identifica-se, nos 15 artigos analisados, intervenções com enfoque quantitativo sobre carga horária, métodos de desenvolvimento educacional ou recursos humanos, em maior ou menor grau. Outras experiências de maior abrangência estão na busca de enfrentar o binômio “docência hospitalar” e “docência em rede”, fortalecendo a interdisciplinaridade e identificando, na orientação comunitária, uma fortaleza para o curso.

Entretanto, ainda são tímidas as escolas que conseguem influir sobre o plano estrutural, a partir da construção de um processo educacional que seja reconhecido pela superação do modelo biologicista e na incorporação da saúde em sua concepção ampliada, a partir da determinação social do processo saúde-doença. A partir disso, é possível percorrer um caminho de proposições que caracterizem a transformação do ensino médico, ressignificando o processo formativo a partir de uma abordagem intersetorial, integrada ao sistema de saúde e impulsionando a formação de novos médicos sob práticas que valorizam a produção social da saúde.

Por meio desse estudo, os autores se situam nesse movimento de mudanças, não apenas através dessa contribuição teórica, mas sobretudo, acreditando que só por meio de uma prática insistente, colaborativa e contra-hegemônica, é que a educação médica poderá contribuir numa transformação social mais justa, solidária e emancipatória.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G.; MERHY, E. E. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em Medicina. **Revista Pró-posições**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 53-68, 2003.

AGUIAR, A. C.; Cordeiro H. A. Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas diretrizes curriculares: o curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 164-172, 2004.

ALBINO, M. A. Percepções de professores da primeira e segunda fase do curso de graduação em medicina sobre o novo currículo da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 33, n. 4, p. 34-40, 2004. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/187.pdf>> Acesso em: 04 jan. 2016.

ALBUQUERQUE, C. P. de. **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade: narrativas e tessituras**. 2007. 291 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3448> Acesso em: 10 ago. 2014.

ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n1/02.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2014.

ALMEIDA, M. J. de et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

ALMEIDA, M. J. de. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 3, n. 4, p. 123-132, fev. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n4/10.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2014.

ALVES, C. R. L. et al. Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na Reforma Curricular de Escolas Médicas Participantes do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 527-36, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000400527&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12 jan. 2016.

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: A determinação social do processo saúde doença. **Revista da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n. 51, p. 138-145, set./nov. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/viewFile/35108/37847>> Acesso em: 03 mar. 2015.

BELTRAME, R. L. **A formação do médico: um debate à luz da Diretrizes Curriculares Nacionais**. 2006. 228 f. Dissertação (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em:

<http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/11/TDE-2006-04-04T13:27:26Z-1777/Publico/REGISTILA%20LIBANIA%20BELTRAME.pdf> Acesso em 17 jan. 2016.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011. Disponível em: <<https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>> Acesso em: 02 fev. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE n.º 776, de 3 de dezembro de 1997**. Orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 1997a. Disponível em: <portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/.../legisla_superior_parecer77697.pdf> Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. Secretaria de Educação Superior. Edital n.º 04, de 10 de dezembro de 1997. Torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 1997. Disponível em: <portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf> Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Parecer CES n.º 1.133/2001, Resolução CNE/CES n.º 4, de 7/11/2001. Brasília: [s.n.], 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Parecer CES n.º 116/2014, Resolução CNE/CES n.º 3, de 20/06/2014. Revoga a Resolução CNE/CES n.º 4, de 07/11/2001. Brasília: [s.n.], 2014b. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=12198> Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 583, de 4 de abril de 2001**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 2001b. Disponível em: <portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf> Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 1.133, em 7 de agosto de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001c. Disponível em: <portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Diretoria de Avaliação da Educação Superior. **Nota técnica n.º 10/2016 (CGACGIES/DAES/INEP/MEC)**. Consolidação do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Brasília, 2016a. Disponível em: <download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/legislacao_normas/2>

016/nota_tecnica_n10_2016_CGACGIES_DAES_INEP_MEC.pdf> Acesso em: 01 mai. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial n.º 10, de 20 de agosto de 2014.** Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. Brasília, 2014a. Disponível em:

<www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_21.08.2014-IV.pdf> Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria MEC n.º 168, de 1º de abril de 2016.** Institui a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – ANASEM. Brasília, 2016b. Disponível em: <www.semesp.org.br/site/assessorias/portaria-mec-n-168-de-1-de-abril-de-2016/> Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 128 p.

BRASIL. Lei n.º 12871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial n.º 1.124, de 4 de agosto de 2015.** Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015a. Disponível em: <u.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/05/portaria-inter-1124-2015.pdf> Acesso em: 01 jun. 2016.

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 73-77, nov/dez. 2001. Disponível em: <https://chaseweb.ufrgs.br/~cristinaneumann/index_files/ensino_medico.pdf> Acesso em: 10 ago. 2014.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. **Revisão sistemática e meta-análise.** 2006. Disponível em: <www.metodologia.org/meta1.pdf> Acesso em: 01 jun. 2015.

BULCÃO, L. G.; SAYD, J. D. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 11-38, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000100002> Acesso em: 03 fev. 2016.

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.

CAMPOS, R. G. de. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica.** 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo,

Ribeirão Preto, 2005. Disponível em
<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005.../CAMPOSS_RG.pdf>
Acesso em: 25 jan. 2016.

CARVALHO, S. B. O. de; DUARTE, L. R.; GUERRERO, J. M. A. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-44, jan./abr. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100123>
Acesso em: 03 fev. 2016.

CINAEM. **Projeto Cinaem / III fase – Relatório 1999-2000**. Rio de Janeiro: Cinaem, 2000.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 125-40, jan./mar. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100010>
Acesso em: 06 jan. 2016.

CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV, D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 24-34, 2003.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 143-8, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a20v36n1.pdf> Acesso em: 03 fev. 2016.

FEDER, D. É possível estabelecer uma linha de tempo de reformas curriculares no curso de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC? **ABCS Health Sci**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 333-6, 2015. Disponível em:
<<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/download/817/712>> Acesso em: 03 fev. 2016.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

GARCIA, M. A. A; SILVA, A. L. B. da. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 58-68, 2011. Disponível em:
<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100009>
Acesso em: 03 fev. 2016.

GONÇALVES, L. E. **Médicos e Ensino da Medicina no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de mudanças em um grupo de escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 19-34, 2009.

LAMPERT, J. B. O papel da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, no processo de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. In: STREIT, D. S. et al. (Orgs.). **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012. p. 31-58.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (Orgs.). **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

LIMA, E. A. R. de. **Life Quality, aging and Aids: an integrative review**. 2010. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5161/1/Arquivototal.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2016.

MARANHÃO, E. A.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. O que mudou na educação médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais: sob os olhares do Jano de Duas Faces. In: STREIT, D. S. et al. (Orgs.). **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012. p. 59-91.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1752-1762, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000900015&script=sci_arttext> Acesso em: 10 ago. 2014.

OLIVEIRA, N. A. de. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros**. 2007. 201 f. Tese (Doutorado) - Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_tese/tese_neilton.pdf> Acesso em: 10 ago. 2014.

OLIVEIRA, N. A. de; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 26-36, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a05v35n1.pdf>> Acesso em: 27 jan. 2016.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-9, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000400012&script=sci_arttext> Acesso em: 10 ago. 2014.

PEIXINHO, A. L. **Educação médica: o desafio de sua transformação**. 2001. 256 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de educação da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11847/1/Tese_A.%20L.%20Peixinho1.pdf> Acesso em: 10 ago. 2014.

PEREZ, E. P. A propósito da educação médica. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100001> Acesso em: 10 ago. 2014.

SEMINÁRIO ABMES: “Diretrizes Curriculares de Medicina – uma nova agenda para os cursos”. Apresentação de Gilberto Garcia (Conselheiro do CNE). Brasília, 2014. 27'25". Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8Ypa0x-rqDw>> Acesso em: 01 jun. 2016.

SOUZA P. A.; ZEFERINO, A. M. B.; DA ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 20-25, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a04v35n1.pdf> Acesso em: 03 fev. 2016.

STELLA, R. C. R.; CAMPOS, J. J. B. Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Brasil. **Cadernos da Abem**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 73-7, 2006.

STELLA, R. C. R.; ROSSETTO, M. B. N. D. O papel da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, no processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. In: STREIT, D. S. et al. (Orgs.). **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012. p. 11-30.

STREIT, D. S. et al. (Orgs.). **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/.../URSI_ES.pdf> Acesso em: 05 out. 2015.

ZEFERINO, A. M. B.; ZANOLLI, M. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Experiência da atenção integral à saúde individual e familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no Currículo Médico Integrado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 141-6, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300020> Acesso em: 03 fev. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 1 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	É possível estabelecer uma linha de tempo de reformas curriculares no curso de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC?
Autor (es)	David Feder.
Fonte de publicação	Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde
Finalidade/Objetivo	Relatar a experiência da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
Relato de experiência da Faculdade de Medicina do ABC.	
Principais resultados/Discussão	
<p>O Projeto de Reestruturação Curricular do Curso Médico da FMABC, concluído em 2002, sugeriu a integração das disciplinas, visando uma maior consistência e coerência no futuro desempenho dos profissionais por ela formados.</p> <p>Algumas modificações ocorreram de forma incipiente (por exemplo, as propostas para o primeiro ano); outras não chegaram a ser implementadas (como a integração em bloco prevista para o segundo ano). Houve implantação da área verde, ainda que de modo heterogêneo, e verificou-se uma ampliação do número de opções de eletivas. O agrupamento das disciplinas por afinidade de conteúdos, proposto para o quarto ano, foi feito; no entanto, não aconteceu uma verdadeira integração entre elas.</p> <p>Em 2005, a FMABC foi uma das 11 instituições privadas selecionadas para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O projeto da Faculdade destinou-se a implantar uma reformulação curricular mais efetiva. Apesar das iniciativas propostas, observou-se, em 2008, que a implantação dessas modificações esbarrava em dois problemas: o currículo era eminentemente nuclear, com inclusão parcial de ciclo optativo, e encontrava-se distintamente separado por ano (do primeiro ao quarto, e estes eram separados do internato). Optou-se, a partir de então, pela visão sistêmica e pelos ciclos de vida.</p>	
Conclusões/Recomendações	
Os excelentes resultados obtidos em avaliações externas, como Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), prova do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), exames de residência médica, nos deixam tranquilos quanto ao trabalho realizado, mas não acomodados. Como nunca, temos, hoje, condições claras para implementar uma reforma curricular que se efetive na prática com a integração e a interdisciplinaridade, pois temos um corpo docente de excelência e que tem participado e colaborado com todas as modificações propostas.	

APÊNDICE B-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 2 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem.
Autor (es)	Simone Bueno de Oliveira Carvalho; Lucia Rondelo Duarte; José Manoel Amadio Guerrero.
Fonte de publicação	Trabalho Educação e Saúde
Finalidade/Objetivo	Conhecer a percepção dos alunos e docentes do curso de medicina e dos profissionais dos serviços sobre a integração ensino-serviço nas UBSs e identificar, na perspectiva desses atores, possíveis caminhos para fortalecer essa relação.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
Estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa, conduzido por meio de entrevistas com atores-chave da parceria ensino-serviço. Foi utilizado um questionário semiestruturado, com questões abertas e fechadas, sobre a integração ensino-serviço.	
Principais resultados/Discussão	
O estudo aponta que os docentes não compartilham com alunos e profissionais do serviço a percepção de que a participação do aluno na UBS deve ser ampliada. Essas constatações mostram que os interesses são diferentes e que há um distanciamento entre os atores envolvidos.	
Conclusões/Recomendações	
<p>Vale destacar o ineditismo do estudo em nosso meio e sua importância no cenário nacional, visto que há carência de estudos publicados sobre a articulação ensino-serviço no curso médico na perspectiva dos seus participantes.</p> <p>Pesquisas futuras — incluindo a percepção dos usuários no quadrilátero docente, aluno, profissional, usuário — seriam bem-vindas, bem como pesquisas abordando a articulação ensino-serviço no curso de enfermagem que interage com os estudantes de medicina nas UBSs.</p> <p>Os espaços de interseção entre ensino e serviço são importantes para a formação em saúde e também para a consolidação do SUS, mas são também palcos de conflitos e dificuldades. Não há culpados. Embora haja interesses distintos, nem sempre são antagônicos (Albuquerque et al., 2008). As melhorias de infraestrutura, as políticas que incentivam a participação e o envolvimento de todos e a educação permanente são importantes, mas atitudes como convivência e escuta respeitosa, negociação e parcerias em projetos conjuntos são construídas nos espaços de diálogo e de atuação, cenários da aprendizagem, no dia a dia por docentes, estudantes, profissionais e usuários.</p>	

APÊNDICE C-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 3 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na reforma curricular de escolas médicas participantes do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de medicina (Promed).
Autor (es)	Claudia Regina Lindgren Alves; Soraya Almeida Belisário; Daisy Maria Xavier de Abreu; José Mauricio Carvalho Lemos; Lucia Maria Horta Figueiredo Goulart.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Analisar, na perspectiva dos coordenadores, as repercussões do PET-Saúde no processo de reforma curricular das escolas de Medicina que participaram do Promed.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
Trata-se de pesquisa qualitativa, com utilização de grupos focais com coordenadores do PET-Saúde de 12 escolas médicas.	
Principais resultados/Discussão	
<p>Os resultados da análise documental evidenciaram que, em 15 das 17 escolas médicas cujos projetos e relatórios foram analisados, os estudantes de Medicina foram inseridos no projeto PET-Saúde ainda no ciclo básico e em apenas seis delas havia participação de estudantes dos últimos anos do curso. A preocupação com a interdisciplinaridade e com a integração ensino-serviço foi observada em todos os aspectos analisados nos projetos/relatórios.</p> <p>Um dos aspectos mais destacados nos grupos focais foi a integração ensino-serviço, efetivada principalmente pela prática em cenários de Atenção Primária, que ganhou novo impulso e apoio com a adesão ao PET-Saúde pelas escolas médicas. Cerca de um terço das IES não fez referência à diretriz “integração contínua entre os bolsistas e os corpos discente e docente do curso de graduação” no material analisado. Este resultado poderia sugerir certo isolamento do PET-Saúde em relação às atividades curriculares.</p> <p>Em algumas das instituições, ainda na sua interface com o currículo médico, o PET-Saúde deu sustentabilidade a estágios curriculares na Atenção Primária ao propiciar estrutura docente a partir da organização do corpo de preceptores composto por profissionais do serviço, conforme relato dos coordenadores durante os grupos focais.</p> <p>Enquanto na análise documental a participação do PET-Saúde na implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais foi pouco enfatizada, nas discussões dos grupos focais foi reafirmada a importância daquele programa para a efetivação das mudanças curriculares nas instituições dos participantes.</p> <p>Com o PET-Saúde, também foi possível desenvolver a educação permanente dos preceptores, favorecendo uma postura mais reflexiva sobre suas próprias experiências, o que contribuiu para a identificação de soluções para enfrentar os problemas cotidianos.</p>	
Conclusões/Recomendações	
O PET-Saúde preencheu algumas das lacunas observadas nos programas anteriores de reorientação da formação médica, tendo se revelado um importante mecanismo de integração serviço-ensino-pesquisa-extensão por meio da produção de conhecimentos baseada nas necessidades dos serviços e da atuação em cenários reais de prática profissional.	

APÊNDICE D-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 4 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina.
Autor (es)	Marcelo Marcos Piva Demarzo; Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida; João José Neves Marins; Thiago Gomes da Trindade; Maria Inez Padula Anderson; Airton Tetelbom Stein; Fabiano Gonçalves Guimarães; Felipe Proenço de Oliveira; Fernanda Plesmann de Carvalho; Flavio Dias Silva; Francisco Arsego de Oliveira; Gustavo Tenório Carlos; Jaciara Bezerra Marques; Leika Aparecida Ishigama Geniole; Lia Márcia Cruz da Silveira; Maria Eugênia Bresolin Pinto; Nayra Almeida da Silva; Rodrigo Cechelero Bagatelli; Sandro Rogério Rodrigues Batista; Tânia de Araújo Barboza; Thiago Dias Sarti; Vitor Barreto; Gustavo Diniz Ferreira Gusso; Mourad Ibrahim Belaciano.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Finalidade/Objetivo	O presente documento traz diretrizes construídas conjuntamente pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) com a intenção de apoiar as escolas médicas de forma objetiva e prática, na elaboração de projetos político-pedagógicos no contexto da Atenção Primária à Saúde.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
<p>Para construção das Diretrizes, inicialmente, elaborou-se um documento preliminar numa oficina de trabalho com duração de três dias, com professores e preceptores que atuam na APS e MFC, considerados espertos no tema. Com a finalização do documento preliminar em 26 de julho de 2009, iniciou-se uma consulta pública nos portais virtuais das duas entidades, como também nos congressos nacionais: Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), de 2009 e 2010, e Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, de 2009, garantindo assim participação ampla, coletiva e democrática de professores, preceptores, estudantes, gestores e pessoas da comunidade.</p>	
Principais resultados/Discussão	
<p>O estudo refere que em relação as contribuições da APS para a graduação em medicina, o estudante é favorecido ao lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, podendo atuar com o indivíduo e a coletividade na sua complexidade clínica e cultural e de forma contextualizada à realidade local. Contribui para o estudante ter uma compreensão da rede intersetorial de atenção e cuidados em saúde e para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interdisciplinaridade. Favorece o aumento da resolubilidade clínica ao lidar com condições e problemas complexos e singulares de saúde, de forma contínua e longitudinal e favorece o desenvolvimento da competência cultural e dialógica na comunicação em saúde.</p> <p>As diretrizes também apontam os principais atores envolvidos na construção de PPP no contexto da APS: É fundamental a participação do médico especialista em Medicina de Família e Comunidade no quadro de docentes e preceptores. Recomenda-se uma proporção adequada de docentes especialistas em MFC entre os docentes, para adequar-se ao modelo pedagógico e às necessidades de saúde da população. Caso não exista no quadro da IES, a instituição deve pactuar com os gestores e o sistema de saúde a formação e/ou especialização deste profissional. Deve haver um programa de desenvolvimento profissional contínuo e uma educação permanente para a docência em APS, incluindo docentes e médicos dos serviços (preceptores), desenvolvido pelas IES, em parceria com o gestor local de saúde.</p>	
Conclusões/Recomendações	
<p>Essas diretrizes destacam a imperiosidade de que o ensino na APS esteja presente longitudinalmente ao longo do curso, de preferência com inserções significativas (de aprendizado real e a partir do trabalho), mas que, sobretudo, deva fazer parte do núcleo do ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico.</p>	

As diretrizes apontam para a necessidade de outros processos institucionais e políticos nas áreas de educação e saúde para a sua efetivação. Faz-se necessário uma agenda junto aos Ministérios da Saúde e da Educação, como também junto às IES, para que sejam discutidas estratégias de ampliação e renovação do quadro de docentes no Ensino Superior, assim como de qualificação dos serviços e equipamentos de APS, expressos em contratos claros de compartilhamento dos objetos de gestão e ensino, contribuindo para a melhora das condições da graduação em Medicina no Brasil.

APÊNDICE E-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 5 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Experiência da Atenção Integral à Saúde Individual e Familiar com enfoque na Responsabilização, Vínculo Médico-paciente, Ética e Profissionalismo no Currículo Médico Integrado.
Autor (es)	Angélica Maria Bicudo Zeferino; Maria de Lurdes Zanolli; Maria Ângela Reis de Góes Monteiro Antonio.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Descrever uma experiência de ensino voltada à integração dos conhecimentos para atenção aos indivíduos nas diversas fases da vida, dentro da realidade de assistência primária à saúde, com ênfase no conhecimento, nas habilidades clínicas, na responsabilização e nas atitudes humanísticas e éticas.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
Relato de experiência da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).	
Principais resultados/Discussão	
<p>1 Supervisão dos Graduandos</p> <p>É papel do docente da FCM (em cada clínica ou especialidade) dar supervisão às atividades dos alunos e contribuir na discussão dos casos atendidos, cobrindo a UBS e as equipes de saúde da família correspondentes. O trabalho conta com docentes pediatras, clínicos e ginecologistas.</p> <p>Cada UBS deve ter uma equipe de profissionais que se responsabilize por todas as atividades realizadas pelos alunos. As equipes são constituídas por um docente ou médico assistente. Os tutores devem atuar como facilitadores do ensino extramuros, aproximando os docentes e alunos das rotinas e atividades da UBS, garantindo o cumprimento de normas e condutas já estabelecidas.</p> <p>Os selecionados fizeram uma capacitação, na qual eram sensibilizados para a docência e esclarecidos sobre o módulo, objetivos do ensino-aprendizagem e papel compartilhado entre rede de saúde e Universidade na formação de recursos humanos.</p> <p>2 Desafios</p> <p>2.1 Uma grande dificuldade que se impõe é o espaço físico, que apresenta condições restritas, como o número insuficiente de salas para o atendimento individual e de grupo dentro das UBSs. Sabe-se que a rede de saúde pública deve ser campo de estágio para a formação de profissionais para o SUS, porém não está preparada estruturalmente para receber alunos, uma vez que para o ensino de qualidade e com metodologias ativas, em pequenos grupos para discussão dos casos clínicos e participação em projetos terapêuticos, é necessário um mínimo de estrutura, o que não existe na grande maioria das UBSs.</p> <p>2.2 Outro desafio é a dificuldade em fixar docentes e médicos- assistentes, na sua maioria especialistas, nessas práticas, à exceção das áreas de Pediatria e Saúde Coletiva, que utilizam esses campos de prática há mais de 30 anos. A Clínica Médica e a Obstetrícia e Ginecologia ainda têm dificuldades no ensino fora do ambiente hospitalar. O enfrentamento desse problema requer uma política de ensino mais moderna, que consiga entender a importância dos diversos cenários de prática na formação de um profissional mais completo e reconheça o mérito desses profissionais.</p>	
Conclusões/Recomendações	
<p>O Pró-Saúde cumpriu o seu objetivo principal de facilitar a formação de profissionais com inserção na atenção básica durante a graduação.</p> <p>Com a formação de profissionais médicos cidadãos direcionados para a saúde da maioria da população com responsabilidade, vínculo e compromisso médico-paciente, sabendo trabalhar e</p>	

interagir com a equipe de saúde e com a família, com ética e com excelente conhecimento técnico-científico. Desse modo, está-se formando um profissional humanizado, voltado para as necessidades da população, hábil para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

APÊNDICE F-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 6 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática.
Autor (es)	Patrícia Alves de Souza, Angelica Maria Bicudo Zeferino, Marco Aurélio Da Ros.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Identificar mudanças curriculares ocorridas nas escolas médicas contempladas com o Promed.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
Foi elaborado e aplicado um questionário aos professores responsáveis pela coordenação do Promed. Os dados foram submetidos a uma análise descritiva.	
Principais resultados/Discussão	
<p>Em relação ao processo de educação permanente/atualização técnico científica para os docentes, as escolas contempladas pelo PROMED no que diz respeito à pós-graduação, nove (75%) oferecem curso na área de Saúde Coletiva/Saúde Pública; dez escolas (83,3%), na área de Clínica Médica; oito escolas, na área de Pediatria ou Saúde da Criança e do Adolescente; e nove escolas, na área de Tocoginecologia.</p> <p>Com relação à carga horária de ensino na graduação referente às grandes áreas, observa-se que a Pediatria na atenção primária numa das escolas chega a 40%, sendo que, após a mudança curricular, há escolas, como a I6, que dedicam 5% do ensino a esse nível de atenção de saúde. Duas escolas não responderam a esta questão. São seis as escolas que possuem o ensino na atenção primária com 10-20% da carga horária total do curso em Pediatria.</p> <p>Na área de Clínica Médica, a carga horária destinada ao ensino na atenção básica numa das escolas chega a 28%, e há escolas que, mesmo após a mudança curricular, apresentam 6% e 8% do ensino dedicado à rede básica de saúde. Três não responderam a esta questão. Quatro escolas possuem 10-20% da carga horária do ensino na atenção primária e uma delas relatou que não realiza atividades na rede básica de saúde.</p> <p>Três escolas possuem o ensino na área de Tocoginecologia na atenção básica com carga horária de 20%. Uma escola não possui atividades na rede básica de saúde. Outras três não responderam a esta questão. Considerando que o Promed contemplou projetos que teriam maior inserção ensino-serviço, pode-se constatar que a mudança nas grandes áreas na atenção básica ainda tem pouca expressão.</p>	
Conclusões/Recomendações	
<p>Nesse trabalho, percebeu-se que não estão ocorrendo mudanças significativas estruturais no currículo, pois a maioria das escolas, nas grandes áreas (Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica) destinam grande parte da carga horária à atenção secundária e terciária, já que as DCN incentivam a reorganizar e estimular a atenção básica como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, retirando o foco da doença e do atendimento hospitalar.</p> <p>A pesquisa demonstra que as escolas direcionaram o ensino à atenção básica, enfocando a Saúde Coletiva em 100% das escolas, bem como a pós-graduação foi direcionada à atenção básica nas grandes áreas, permitindo o desenvolvimento da pesquisa e da educação permanente dos profissionais de saúde.</p>	

APÊNDICE G-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 7 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando?
Autor (es)	Neilton Araujo de Oliveira; Luiz Anastácio Alves.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Estudar o processo de formação médica no Brasil, verificando o que pensam e como se sentem os alunos que estão se formando nesse contexto de mudanças, tanto do ensino médico como da construção do SUS, e correlacionando os principais eixos e focos dessa formação frente às características dos serviços de saúde e às necessidades de saúde da população.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
<p>Este estudo é derivado de uma pesquisa, realizada entre 2004 e 2007, que aborda um grande número de aspectos da avaliação do ensino médico, em especial o processo de mudanças na educação médica, tendo como referência o que pensam os estudantes do internato de Medicina.</p> <p>Foi utilizada uma abordagem qualiquantitativa com diferentes instrumentos, entre os quais a aplicação de questionários <i>in locu</i> a 1.004 alunos do internato de 13 cursos médicos, em seis diferentes Estados da federação (Goiás, Tocantins, Alagoas, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro), alcançando as cinco grandes regiões brasileiras.</p>	
Principais resultados/Discussão	
<p>Entre os estudantes do internato, 68% aprovaram o curso de graduação, ao considerarem o resultado de sua formação como excelente (8%) e bom (60%); 65% informaram que gostariam e se sentiriam, ao final de sua formação, mais preparados para atender casos clínicos em geral. Mesmo assim, do total dos discentes consultados, 63% querem ser “especialistas” e somente 20% (portanto, um quinto apenas) declararam que, concluída sua graduação, gostariam e começariam a trabalhar em medicina geral, como o Programa Saúde da Família.</p> <p>Segundo a metade dos estudantes pesquisados, no seu curso médico não se discute mercado de trabalho, e somente 16% deles consideram que o seu curso discute política de saúde, desde o primeiro ano da graduação. Embora 60% dos 1.004 estudantes informem que utilizam como cenários de práticas as Unidades Básicas de Saúde e Hospitais da rede SUS, só 21% dos alunos consideram que seu curso estabelece relações com atividades comunitárias.</p> <p>Um interessante dado foi observado quando perguntamos que “tipo de caso” os alunos se sentiriam mais preparados para atender ao final de sua formação. Em suas respostas, 65% afirmaram que se sentiam mais seguros para atender “casos clínicos em geral”, mas somente 20% informaram que, ao concluírem o curso médico, gostariam ou começariam a trabalhar em serviços gerais de saúde (como o Programa Saúde da Família).</p> <p>Para 66% dos estudantes, apenas esporadicamente — durante uma ou outra disciplina —, o curso médico discute a política de saúde e a relação formação/serviços de saúde. A abordagem multidisciplinar, usada nas práticas, espaços e serviços comunitários, é uma concepção adotada por uma minoria, sendo referida por somente 12% dos alunos. Por sua vez, menos de um quinto (19%) dos alunos se sentem apto ao exercício imediato, na linha da integralidade da medicina (nos aspectos preventivo e curativo, clínico geral e cirúrgico, pesquisa e articulação social e comunitária), enquanto os demais (81%) responderam que são formados para buscar formação complementar.</p> <p>Está em curso um processo de aproximação entre ensino médico e serviços de saúde, embora ainda predomine a ótica utilitarista de serviços de saúde como cenários de práticas. Para a maioria absoluta dos estudantes consultados, 60% deles, seu curso médico (para ensino e estágios) utiliza</p>	

como locais de prática as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Hospitais da Rede do SUS e seguem preceitos de regionalização e hierarquização de ações e de referência e contrarreferência. Pouco mais de um quarto dos alunos (28%) referiu, como locais de práticas, o hospital e serviços ambulatoriais da sua instituição, sem referência e contrarreferência com a rede assistencial. Apenas 5% dos alunos responderam que seu curso médico utiliza como campo de práticas para ensino e estágios somente hospitais de especialidades.

Conclusões/Recomendações

Ousamos afirmar que a interação e a articulação com a comunidade e com a gestão local do sistema de saúde representam importantes estratégias de formação em saúde integral e, em especial, da formação do médico (na lógica proposta pelo SUS).

Embora mais presente no discurso, quando se analisam as respostas dos alunos e seus depoimentos sobre a relação/integração do ensino médico com serviços locais de saúde e a participação das organizações comunitárias/populares, estas são ainda praticamente inexistentes. Isto pode significar que a esfera local e suas instâncias para o ensino médico são vistas muito mais como campos e locais de estágios (objetos) do que como partes integrantes (sujeitos) importantes nesse processo de mudança.

APÊNDICE H-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 8 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular.
Autor (es)	Maria Alice Amorim Garcia; Ana Laura Batista da Silva.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Descrever o perfil dos docentes e analisar suas expectativas quanto à formação médica e sua participação no planejamento pedagógico, visando estimular a reorientação curricular, promovendo o ensino “no e para” o Sistema Único de Saúde (SUS).
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
Estudo descritivo. O instrumento, composto por itens estruturados (estudo quantitativo) e semiestruturados (estudo qualitativo).	
Principais resultados/Discussão	
<p>O estudo refere que a reforma curricular foi gerida pela direção da faculdade e por um conselho eleito por seus pares e que contou com o apoio da equipe de docentes representantes das diferentes áreas do curso e assessoria pedagógica, que se responsabilizou pela elaboração dos programas e estratégias de avaliação e pela capacitação dos docentes.</p> <p>Em relação às condições de ensino, elas são consideradas parcialmente adequadas por 50% de seus entrevistados, pois a modulação discente/docente apresenta um número de alunos que não corresponde às expectativas dos docentes.</p> <p>Segundo os entrevistados, mais de 40% dos docentes não participaram da discussão e elaboração do projeto pedagógico de seu curso, bem como da programação de sua área e de reuniões de planejamento, no entanto mostraram interesse em participar de oficinas de integração e planejamento de ensino (41,7%), cursos de formação pedagógica (40,3%), comissões e grupos de trabalho pedagógico (33,3%) e eventos relacionados ao ensino médico (65,3%).</p> <p>Com relação à carga horária semanal dedicada à universidade: 19,4% (14 indivíduos) têm menos de 10 horas; 36,1% (26) entre 10 e 19; 26,4% (19) entre 20 e 34; e 18,1% (13) com 35 ou mais horas semanais, calculando-se 20,8 horas em média, demonstrando falta de compromisso de parte dos docentes, pois se dedicam parcialmente às escolas, dificultando, dessa forma, o processo de concretização do preconizado pelas DCNs.</p> <p>O estudo apontou que 90,3% dos docentes referiram estar satisfeitos (15,3%) ou parcialmente satisfeitos (75,0%) com as atividades de ensino.</p>	
Conclusões/Recomendações	
<p>Por meio desta pesquisa pôde-se constatar que a reformulação do projeto pedagógico da faculdade analisada orientou-se pelas DCN no tocante ao vínculo com o SUS, à diversificação dos cenários com formação em diferentes níveis do sistema, como também em serviços e organizações da comunidade.</p> <p>Algumas questões trazidas pelos docentes fazem parte das pautas atuais do ensino médico, tais como a priorização da Atenção Básica na graduação e o aprimoramento do processo de avaliação e autoavaliação da aprendizagem, desde o ingresso à inserção nas residências.</p> <p>Apesar das dificuldades, uma porcentagem significativa dos participantes na pesquisa se mostrou aberta aos desafios de uma reforma curricular estrutural, interessada e disposta a participar das atividades de planejamento pedagógico. É preciso exercitar a reflexão sobre a prática, para que esta possa ser uma referência para a interpelação e transformação das formas tradicionais de conceber o ensino em saúde.</p>	

APÊNDICE I-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 9 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras.
Autor (es)	Jadete Barbosa Lampert; Nilce Maria da Silva Campos Costa; Gianna Lepre Perim; Ively Guimarães Abdalla; Rinaldo Henrique Aguiar da Silva; Regina Celes de Rosa Stella.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Promover a avaliação das tendências de mudanças dos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras, tendo por objetivo impulsionar e auxiliar a construção de um processo avaliativo nessas instituições.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
<p>As escolas responderam ao instrumento de pesquisa oferecido para sua autoavaliação segundo a metodologia proposta, com resultados que mostram a percepção do curso como um todo na inter-relação de cinco eixos: Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários da Prática e Desenvolvimento Docente.</p> <p>O instrumento da pesquisa é composto por uma “roda” com cinco eixos e 17 vetores, cada um com três alternativas (tradicional, inovadora e avançada para as mudanças), representadas nos círculos interno, intermédio e externo, respectivamente.</p>	
Principais resultados/Discussão	
<p>Em relação à integração ensino-serviço-comunidade:</p> <p>1 Escolas com tipologia tradicionais: No eixo Mundo do Trabalho, apesar de todos os cursos reconhecerem a existência de prática liberal e/ou assalariada da medicina e sua influência na formação do médico, uma escola evidencia que “os estudantes desconhecem as práticas de mercado”. Outro curso assume que “os egressos têm dificuldade de trabalhar na atenção básica e na estratégia do Programa Saúde da Família”. No vetor Apoio e Tutoria, as escolas tradicionais se queixam dos ambientes precários de ensino, que “não proporcionam condições físicas e materiais de apoio adequados para o ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais e de informática, biotério, etc.) e não oferecem tutoria”. No vetor Participação nos Serviços de Assistência, relata-se desde a falta de interesse docente “em participar do planejamento do SUS” até a fragilidade das parcerias institucionais.</p> <p>2 As escolas da tipologia inovadora: No eixo Mundo do Trabalho, essas escolas já discutem as possibilidades de emprego médico nos currículos, embora em alguns casos ainda não considerem o Sistema Único de Saúde. No vetor Participação nos Serviços do Planejamento do Sistema de Saúde, há várias referências à integração com a rede pública de saúde: existe estímulo à integração docente assistencial; integração com as secretarias municipal e estadual de saúde; boa articulação ensino/serviço, com participação bilateral das atividades; presença de docentes no planejamento da saúde municipal. Em algumas escolas, essa integração ainda deixa a desejar: falta integração dos serviços com a universidade; poucos professores envolvidos em planejamento; resistência dos docentes a esta atividade.</p> <p>3 As escolas da tipologia inovadora: No eixo Projeto Pedagógico, o vetor Biomédico e Epidemiológico-Social avança para as necessidades da atenção básica com interação com os serviços de saúde. Os cursos referem: articulação com os serviços de saúde; convênios com o município; participação e representação nos Conselhos Municipais de Saúde, o que é feito por meio da busca da integração curricular e de mudança metodológica: currículo integrado e orientado por competência profissional; disciplinas integradas comunitárias nas primeiras quatro fases do curso; ensino em ABS nos seis anos; aplicação de métodos ativos de ensino-aprendizagem. No eixo Cenários de Prática, as práticas deixam de ser centradas no hospital, com o “desenvolvimento do currículo em vários cenários com atividades práticas” e “inserção na comunidade nos três níveis de atenção e participação de professores não médicos sociólogos, filósofos, fisioterapeutas”.</p>	

Em relação ao eixo Desenvolvimento Docente:

1 Escolas com tipologia tradicionais: sobre o vetor formação didático pedagógica, 32,1% das escolas se encontram nesse vetor. No vetor Atualização Técnico-Científica, 17,9% dos cursos se enquadram. No vetor Participação nos Serviços de Assistência, relata-se desde a falta de interesse docente em participar de atividades de planejamento do SUS. No vetor Capacidade Gerencial, as escolas tradicionais não priorizam a formação dos docentes que assumem cargos administrativos.

2 As escolas com tipologia “inovadora com tendência tradicional” e “inovadora com tendência avançada”: no vetor formação didático-pedagógica, não há clareza sobre a importância da formação pedagógica, e as escolas ainda revelam o pouco investimento institucional. No vetor Atualização Técnico-Científica, verifica-se o apoio a atividades, como participação em eventos com auxílio financeiro e estímulo individual para capacitação. No vetor Participação nos Serviços do Planejamento do Sistema de Saúde, há várias referências à integração com a rede pública de saúde. No vetor Capacitação Gerencial, as escolas inovadoras já reconhecem a importância da capacitação gerencial, tendo docentes que assumem cargos administrativos institucionais.

3 As escolas da tipologia avançada: no vetor formação didático-pedagógica, apesar de ainda não oferecer e exigir capacitação didático-pedagógica dos docentes, o processo caminha nas escolas avançadas. O corpo docente recebe capacitação didático-pedagógica específica antes de iniciar as atividades na escola. No vetor Atualização Técnico-Científica, ainda não existe a exigência formal, mas um “estímulo” à atualização dos professores, observando-se a “compreensão da importância da atualização. A pós-graduação *stricto sensu* também tem sido apoiada como norma institucional de capacitação docente. No vetor Participação nos Serviços de Assistência, há escolas em que os docentes participam do sistema de saúde e têm serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde. No vetor Capacitação Gerencial, já existe o reconhecimento da necessidade de profissionalização dos docentes gestores e até mesmo a exigência de que os gestores se capacitem.

Conclusões/Recomendações

O grupo de 28 escolas médicas brasileiras se mostra de tipologia inovadora com tendências avançadas em relação às mudanças advindas das DCN; essas escolas possuem projeto pedagógico condizente com a formação de um profissional generalista, humanizado, crítico e reflexivo, enfrentando o desafio de implementar ações correlatas; avançam na ocupação de novos cenários, além do hospital, para o ensino-aprendizado da prática no curso de graduação; e seu corpo docente é alvo de poucas políticas para o seu desenvolvimento. Apesar de estar nos docentes a força motriz das mudanças, nos aspectos didático-pedagógico, técnico-científico, assistencial ou da gestão da escola, é onde ainda há menor investimento e conseqüente menor avanço para as transformações.

APÊNDICE J-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 10 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?
Autor (es)	Roberta Signorelli Ciuffo; Victoria Maria Brant Ribeiro.
Fonte de publicação	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Finalidade/Objetivo	Discutir a viabilidade da construção de um diálogo entre a formação dos médicos e o Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando o princípio de integralidade como eixo estruturante dessa formação.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
<p>A pesquisa foi desenvolvida na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Os sujeitos da pesquisa são professores e estudantes de Medicina das instituições citadas, entrevistados pela técnica do Grupo Focal.</p> <p>A análise da concepção de professores e estudantes a respeito da educação dos médicos, por meio da transcrição das falas dos grupos focais, exigiu a apropriação de categorias teóricas e conceitos para orientá-la.</p>	
Principais resultados/Discussão	
<p>O estudo aponta que os métodos pedagógicos, muitas vezes, são incorporados pelos docentes, sem haver uma discussão político-pedagógica (o para quê); ou, em outros casos, há uma extensa discussão a respeito da mudança de paradigma referente ao processo saúde/doença, mas não há clareza de como as práticas pedagógicas podem acompanhar ou responder a esse novo paradigma.</p> <p>O estudo nos mostra o reconhecimento, por parte de professores e estudantes, da realidade social na qual as faculdades estão inevitavelmente imersas, fato este que se identifica em atividades que exigem a promoção do diálogo entre as universidades, os serviços e a comunidade. Constatamos, segundo os sujeitos investigados, que essas atividades vêm sinalizando uma dissonância entre o que lhes mostra a realidade e o currículo vivido na escola médica.</p> <p>Para um conjunto significativo de professores e estudantes, há de se alterar o currículo, de modo a pautá-lo em um novo paradigma da saúde, que seja construído com base nas relações dos estudantes e docentes com a população, com o sistema de saúde, com os programas que estão em implantação para prevenir e promover, de fato, a saúde das comunidades.</p> <p>Como observamos no depoimento dos professores, há mais suspeitas sobre a necessidade de se processarem alterações em conteúdos, métodos de ensinagem, atividades práticas, do que propriamente ousadia, capacidade estratégica para se conduzirem processos e se ganharem condições políticas para realizá-las, mesmo reconhecendo que o grupo selecionado possui o viés do engajamento nas discussões sobre a reforma do ensino médico</p>	
Conclusões/Recomendações	
<p>A reestruturação no campo da saúde não passa apenas por transformações no modelo de ensino médico, uma vez que, sendo compreendida como qualidade de vida, é necessário que pensemos, ao mesmo tempo, em ações multissetoriais relacionadas a aspectos ambientais, habitacionais, nutricionais, geográficos, educacionais, trabalhistas, culturais, de saneamento básico, lazer, entre tantos outros.</p> <p>As tentativas de inovação que as escolas médicas investigadas vêm realizando parecem um começo bastante significativo.</p> <p>Qualquer transformação, entretanto, é processual, com avanços e recuos, conflitos e resistências. A homologação das DCN e de políticas de incentivo a mudanças na formação médica, por si só, não garante uma efetiva transformação nos currículos das faculdades de Medicina e nas relações neles estabelecidas, dada a complexidade que envolve o campo político institucional para uma mudança expressiva no projeto e na prática pedagógica das instituições.</p>	

APÊNDICE K-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 11 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed.
Autor (es)	Neilton Araújo de Oliveira; Rosane Moreira Silva de Meirelles; Geraldo Cunha Cury; Luiz Anastácio Alves.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Analisar a percepção de alunos sobre mudanças curriculares na educação médica.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
<p>Estudo exploratório, sendo pesquisados, entre 2006 e 2007, seis cursos médicos de três estados de diferentes regiões brasileiras — sendo dois cursos participantes e quatro não participantes do programa. Foi aplicado um questionário a 318 estudantes do internato dessas escolas.</p> <p>Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com gestores de escolas médicas, docentes, alunos, gestores de serviços de saúde, consultores, além de componentes da direção e coordenação do Promed.</p>	
Principais resultados/Discussão	
<p>Segundo os alunos, somente em cerca de 13% nos cursos Promed e em torno de 20% nos cursos não Promed se discute a política de saúde durante todo o curso, desde o primeiro ano. A predominância de alunos que pretendem ser especialistas, ao contrário do que se esperava, é maior em cursos Promed (75,9%) do que em cursos não Promed (68,7%). Só uma minoria — cerca de um quarto dos alunos — tanto dos cursos Promed como dos cursos não Promed — pretende trabalhar em Saúde Pública. Por outro lado, 63,5% dos alunos Promed e 65,4% dos alunos não Promed tendem a escolher, concomitantemente, vínculos públicos e privados para atuar quando formados.</p> <p>No “Seminário de Avaliação do Promed”, no Rio de Janeiro, com participação de grande representatividade de todos os segmentos envolvidos no programa, parece que o consenso de maior importância é o de que faltou acompanhamento e avaliação por parte do Ministério da Saúde, considerado, também, fator fundamental para o fraco desempenho dos projetos.</p> <p>Embora carecendo de uma análise mais aprofundada, e de outras questões que pudessem ser formuladas ao conjunto de alunos dos cursos médicos — para melhor compreender as possíveis causas das diferenças observadas nas respostas do presente trabalho —, há uma tendência a considerar de pouco significado o fato de o “curso médico” ser participante ou não do Promed.</p>	
Conclusões/Recomendações	
<p>Parece evidente um contrapasso entre a ênfase dada pela maioria das escolas médicas pesquisadas e o perfil do médico que os serviços de saúde e a comunidade precisam. Apesar de estar ampliando o número de cursos médicos que têm discutido mudanças, somente uma minoria desses cursos tem implantado disciplinas e/ou programas de iniciação científica, bem como promovido a participação comunitária/popular, duas questões absolutamente fundamentais para a formação médica no atual contexto do sistema de saúde.</p>	

APÊNDICE L-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 12 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná.
Autor (es)	Márcio José de Almeida; João José Batista de Campos; Barbara Turini; Sônia C. S. Nicoletto; Luciana Alves Pereira; Lazara R. Rezende; Polyana L. de Mello.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Descrever as características da formação dos profissionais médicos no estado do Paraná, mapeando a distribuição dos cursos de graduação em Medicina no estado e analisando as iniciativas de mudanças, na perspectiva da implantação das DCN.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
A fonte inicial de dados para identificar os cursos existentes no Paraná – de Instituições de Ensino Superior (IES) tanto públicas como privadas – foi o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (Inep). Em seguida, foi encaminhado um questionário ao coordenador de cada um dos cursos identificados e também foi solicitada uma cópia de seus Projetos Político-Pedagógicos (PPP), para servir como outra fonte de informações, ao lado dos questionários respondidos.	
Principais resultados/Discussão	
<p>Os dados levantados na página eletrônica do Inep/MEC em 2002 relacionaram para o estado do Paraná seis instituições de ensino superior de Medicina, que já haviam concluído a primeira turma de graduação. Dessas, três localizam-se na capital e três em cidades do interior; quatro são de natureza pública (uma federal e três estaduais) e duas privadas, sem finalidades lucrativas. Apenas uma IES, localizada na capital e de natureza jurídica privada sem fins lucrativos, não respondeu o questionário inicial da fase exploratória.</p> <p>Em todas as entidades estudadas foram referidas atividades junto a serviços não pertencentes à escola, porém apenas em quatro entidades houve referência a atividades curriculares junto ao Programa Saúde da Família e somente em dois cursos essas atividades são desenvolvidas durante o internato.</p> <p>Quando indagadas se os cursos mantinham alguma relação com organizações comunitárias, a maioria das escolas confirmou essas relações, porém M4 e M5 negaram a existência de atividades acadêmicas curriculares com essas entidades.</p> <p>Quanto à formação para o SUS, observa-se que os cursos M1 e M3 mantêm parcerias com os serviços públicos de saúde para viabilizar práticas de seus estudantes em diferentes níveis de atenção à saúde, indicando o estágio 3 (curso muito próximo das DCN). Já nos cursos M2 e M4, embora ofereçam atividades em serviços públicos de diferentes níveis de atenção, não há indicação de uma relação tão próxima com os mesmos, razão pela qual foram classificados no segundo estágio de implantação dessa diretriz (curso com algumas inovações compatíveis com as DCN).</p> <p>As maiores dificuldades observadas correspondem à adequação dos cursos às características demandadas pelo SUS e aos conteúdos essenciais propostos, ao lado de dificuldades relativas aos aspectos pedagógicos, incluindo o processo de construção do projeto pedagógico.</p> <p>Entre as dificuldades relacionadas ao SUS, foi observada pouca atuação em serviços básicos de saúde. Mesmo um dos cursos de maior inovação, o M3, não desenvolve atividades de internato no primeiro nível de atenção. É possível que essas dificuldades ocorram devido à não valorização dessas atividades pelos professores, que podem não conhecer ou compreender as tecnologias “leves” propostas para este nível de atenção, principalmente por aqueles que foram formados e atuam conforme o paradigma flexneriano.</p>	

Conclusões/Recomendações

Os dados obtidos sugerem a existência de uma motivação para a inovação do ensino médico no Paraná, o que se traduz em currículos idealizados com vários princípios inspirados nas DCN. No entanto, avanços precisam ocorrer para o desenvolvimento de efetivas mudanças que dependem em parte da geração de consciências construídas por meio de vários mecanismos de capacitação docente, de educação permanente e processos de avaliação.

Para compreender mais claramente os currículos executados, são necessários estudos adicionais, com outras metodologias. Eles nem precisam nem devem se configurar como a resposta final, mas nosso estudo aponta que eles merecem continuidade.

APÊNDICE M-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 13 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas Diretrizes Curriculares: o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá.
Autor (es)	Adriana Cavalcanti de Aguiar; Hésio de Albuquerque Cordeiro.
Fonte de publicação	Revista Brasileira de Educação Médica
Finalidade/Objetivo	Descrever e analisar uma experiência de implantação das diretrizes, com ênfase na integração curricular e suas consequências para a gestão acadêmica e o desenvolvimento docente.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
Relato de experiência do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá.	
Principais resultados/Discussão	
<p>Desde seu início, o currículo do curso de medicina enfatizou a abordagem integral do processo saúde doença, aliando humanismo e ciência, associando conteúdos biomédicos e clínicos, com os ensinamento das ciências humanas e da saúde coletiva, por meio do programa da antropologia médica. A partir de 2001, introduziu atividades e disciplinas na área da saúde da família, esta implantação ocorreu a partir de intenso debate de docentes do curso.</p> <p>1 Sobre as parcerias e cenários de ensino-aprendizagem: A experiência do curso demonstra que estabelecer e aprofundar parcerias é um componente bastante trabalhoso do processo de mudança do currículo, mas ao mesmo tempo muito frutífero. Os alunos são expostos às diferentes culturas institucionais e participam, junto com docentes, da apreensão das prioridades definidas pelos parceiros, que se desdobram em projetos nos quais todos os envolvidos têm responsabilidade.</p> <p>2 Programa de Desenvolvimento Docente: Iniciativas de integração curricular pressupõem o desenvolvimento docente para sua implementação. O curso entende o cerne do desenvolvimento docente como sendo a reconstrução do entendimento, por parte do corpo docente, das premissas do processo saúde-doença (na direção da integralidade) e do processo ensino-aprendizagem-avaliação. Essa tarefa é muito complexa e se dá predominantemente por meio da estratégia de educação permanente, qual seja a problematização da tarefa docente no contexto de seu desempenho. Esta ocorre em todas as reuniões propiciadas pelo curso, que congregam docentes das diversas áreas, sob supervisão de uma Coordenação designada para fomentar essa problematização: a Coordenação de Desenvolvimento Educacional.</p> <p>As reuniões das Comissões e Programas, as reuniões mensais de docentes por período, as apresentações dos Seminários Integrados, as reuniões do Conselho de Coordenadores de Período, bem como os eventos periódicos de planejamento e avaliação do curso são os momentos pertinentes para a negociação do significado da docência e do desempenho de novos papéis.</p> <p>Em tais fóruns, tem sido possível refletir conjuntamente sobre a estratégia de Saúde da Família como eixo curricular, as premissas e a superação da educação médica tradicional, as novas diretrizes para o ensino da medicina e suas consequências para o ensino e avaliação, confluindo para a construção coletiva do projeto pedagógico.</p>	
Conclusões/Recomendações	
Até o momento, foi possível avançar na criação de modelos viáveis de implementação das Diretrizes Curriculares, por meio da gestão participativa, das parcerias institucionais e da integração entre ensino, pesquisa e extensão. Um diagnóstico dos principais problemas do currículo e do processo ensino-aprendizagem e avaliação levou à criação de fóruns orientados para propor soluções. Como consequência, o curso adquiriu legitimidade perante a universidade e crescente credibilidade perante a comunidade acadêmica.	

APÊNDICE N-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 14 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	Percepções de professores da primeira e segunda fase do curso de graduação em medicina sobre o novo currículo da Universidade Federal de Santa Catarina.
Autor (es)	Rubia Maria Albino; Renata G. C. Tomazzoni; Norma Cursino Rodrigues; Gilka Antunes da Silva; Viviane Riegenbach; Suely Grosseman; Carlos Alberto Justo e Silva.
Fonte de publicação	Arquivos Catarinenses de Medicina
Finalidade/Objetivo	Conhecer as percepções de professores que participam da primeira e segunda fase do novo currículo do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, sobre o processo de mudança curricular.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
O presente estudo foi realizado através de pesquisa qualitativa, tipo estudo de casos, com a técnica de entrevista semiestruturada.	
Principais resultados/Discussão	
<p>As percepções de professores que participam do processo de mudança curricular.</p> <p>Quanto às características da estrutura do currículo anterior, os profissionais apontaram o que consideram suas limitações: pouca flexibilidade para mudanças no conteúdo; falta de integração entre curso básico e profissionalizante e entre teoria e prática; conteúdo predominantemente técnico-científico, com foco na especialização; inserção tardia do aluno na prática médica e falta da relação humanístico-social.</p> <p>Em relação à estrutura do currículo novo, esta foi descrita como: modular, centrada nas necessidades do SUS, com integração dos conteúdos, de complexidade crescente, com visão do todo, contemplando as dimensões humanístico-antropológica e sociocultural, tendendo à interdisciplinaridade e inserindo o aluno precocemente em cenários de prática.</p> <p>Neste estudo aborda várias limitações na implantação do novo currículo, entre elas: a estrutura universitária que tem enfrentado restrições econômicas e depende da política do país, que é pouco flexível, não contemplando, em seu regimento, aspectos da nova estrutura curricular.</p> <p>Nesta pesquisa, pelos depoimentos dos professores observamos que, no momento, estes são conscientes das limitações do currículo tradicional e estão receptivos à filosofia do novo currículo, porém, as limitações provenientes da própria instituição e do despreparo pedagógico para lidar com a nova proposta têm precipitado conflitos naqueles que estão engajados na mudança, prejudicando o cotidiano da reforma curricular. Estes aspectos relacionados ao despreparo para o exercício do magistério são referidos em outros estudos e a formação do docente de medicina tem sido apontada como fator limitante à mudança e à melhoria da qualidade do ensino, sendo considerada o grande desafio nos aspectos que envolvem a transformação dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.</p>	
Conclusões/Recomendações	
<p>Apesar dos professores perceberem vantagens no novo currículo, há necessidade de maior comprometimento da instituição, engajamento dos professores em cursos de aprimoramento didático-pedagógico e envolvimento de todos os professores do curso de medicina nesse processo, fatores esses importantes para alicerçar a implantação do projeto de mudança.</p> <p>Diante da receptividade de professores entrevistados, em relação à implantação do novo currículo, o fundamental, a partir deste momento, é buscar mecanismos que possibilitem melhor compreensão em relação aos novos procedimentos educacionais propostos, através de educação pedagógica continuada, aliada à oferta de melhores ferramentas de trabalho e apoio institucional.</p>	

APÊNDICE O-MATRIZ DE SÍNTESE DO ARTIGO 15 DA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica.
Autor (es)	Lucia Grando Bulcão; Jane Dutra Sayd.
Fonte de publicação	Revista Saúde Coletiva Physis
Finalidade/Objetivo	Conhecer o professor médico, no que diz respeito a seus valores e comportamentos profissionais, a partir da hipótese de que os mesmos são elementos presentes no chamado currículo oculto ao longo do curso médico.
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
As entrevistas abertas, colhidas segundo a técnica de história oral, gravadas e transcritas.	
Principais resultados/Discussão	
<p>Em entrevistas os docentes apontaram:</p> <p>1 Em relação ao tornar-se docente e a preparação didático pedagógica. Revelam, assim, que não houve nesse processo uma preparação prévia, específica, para a carreira docente.</p> <p>2 A excelência do hospital, a precariedade do ambulatório: os professores revelam dificuldade em se adaptar à prática de atendimento primário em unidades extra -hospitalares.</p> <p>3 Valores relacionados ao trabalho: quase todos os entrevistados se referem à perda de autonomia nas decisões sobre o ensino. Alguns relatos revelam dificuldade dos docentes de lidar com interdisciplinaridade e com o currículo integrado.</p> <p>4 A desmotivação: Identificou-se, no discurso dos professores médicos, grande desmotivação com as atividades de ensino. Os professores manifestam descontentamento com as condições de exercício docente na faculdade e relaciona ao corpo discente.</p> <p>5 A educação continuada de seus docentes: A maioria dos docentes entrevistados se ressentem com a falta de oportunidades de reciclagem de sua formação profissional e manifesta necessidade de uma educação continuada.</p>	
Conclusões/Recomendações	
<p>Os valores do professor médico são parte da formação do estudante. Os estudantes aprendem não apenas através de modelos, mas também através de seu envolvimento no ambiente da escola, entendida como organização social, num processo de socialização.</p> <p>A escola médica seria o contexto institucional no qual se inicia a socialização, através de transmissão de conhecimentos, hábitos, atitudes e valores. Não se poderia esperar que fosse fácil transformar ou apenas reformar pautas de conduta e os valores vigentes em uma Faculdade de Medicina; eles estão associados a pautas e valores de uma das profissões de maior prestígio em nossa sociedade. É necessário levar em conta estes fatores, ao se pensar uma proposta de reforma no ensino médico realista e exequível.</p>	

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS (Adaptado de Ursi, 2005)

IDENTIFICAÇÃO	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO	
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Centro de pesquisa <input type="checkbox"/> Instituição única <input type="checkbox"/> Pesquisa multicêntrica <input type="checkbox"/> Outras instituições <input type="checkbox"/> Não identifica o local	
TIPO DE PUBLICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outra área de saúde. Qual?	
CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO	
Tipo de publicação	Pesquisa não-clínica <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras
Objetivo ou questão de investigação	
Amostra	Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra _____ Tamanho (n) <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Final Características <input type="checkbox"/> Idade Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos
Tratamento dos dados	
Resultados	
Análise	Tratamento estatístico: _____ Nível de significância: _____
Implicações	As conclusões são justificadas com base nos resultados: _____ Quais são as recomendações dos autores:
AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto	

(método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

ANEXO B-QUADRO SINÓPTICO PARA REVISÃO INTEGRATIVA

Título	
Autor (es)	
Fonte de publicação	
Finalidade/Objetivo	
Coleta de dados/Tipo de pesquisa (se houver)	
Principais resultados/Discussão	
Conclusões/Recomendações	