



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**MARCOS AUGUSTO FILISBINO**

---

---

**A GRADUAÇÃO MÉDICA E A PRÁTICA PROFISSIONAL NA  
PERSPECTIVA DE DISCENTES DO INTERNATO DE MEDICINA**

---

---

Goiânia  
2013

---

**MARCOS AUGUSTO FILISBINO**

---

---

**A GRADUAÇÃO MÉDICA E A PRÁTICA PROFISSIONAL NA  
PERSPECTIVA DE DISCENTES DO INTERNATO DE  
MEDICINA**

---

---

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes

Goiânia  
2013

---

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**      **Dissertação**      **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Autor (a):	Marcos Augusto Filisbino		
E-mail:	marcosfilisbino@hotmail.com.br		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor	Universidade Federal de Goiás		
Agência de fomento:		Sigla:	
País:		UF:	
		CNPJ:	
Título:	A Graduação Médica e as Perspectivas de Prática Profissional de Discentes do Internato de Medicina da Universidade Federal de Goiás		
Palavras-chave:	Internato. Discentes. Diretrizes Curriculares Nacionais		
Título em outra língua:	Undergraduate Medical and Professional Practice from the Perspective of Students of Medicine Internship of Universidade Federal Goiás		
Palavras-chave em outra língua:	Internship, Students, National Curriculum Policy		
Área de concentração:	Educação Médica		
Data defesa:	30/08/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Ensino na Saúde		
Orientador (a):	Vardeli Alves de Moraes		
E-mail:	vardeli@brturbo.com.br		
Co-orientador (a):*			
E-mail:			

\*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM      NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação. O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura do (a) autor (a)

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
UFG  
(anexar no verso da folha II)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA**

**Aluno: MARCOS AUGUSTO FILISBINO**

---

**Orientador: VARDELI ALVES DE MORAES**

**Membros:**

**1. Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes**

**2. Profa. Dra. Dione Marçal Lima**

**3. Profa. Dra. Mariluzza Terra da Silveira**

**Suplentes:**

**1. Prof. Dr. Alexandre Vieira Santos Moraes**

**2. Profa. Dra. Maria de Fátima Nunes**

**Data: 30/08/2013**

***Dedico este trabalho...***

*À minha esposa, Ana Maria, companheira de todos os momentos, agradáveis ou não, em todos os lugares, seja nos montes, vales ou desertos, dando conteúdo à minha substância informe e ao presente trabalho, mesmo em período de convalescença das nossas inevitáveis limitações, inerentes à condição humana.*

## AGRADECIMENTOS

---

*A gratidão é um sentimento que deve ser externado muito mais com atitudes do que com meras palavras, porém, é impossível não nominar algumas pessoas pelas quais tenho um profundo débito pela valiosa contribuição durante a trajetória deste mestrado:*

*À minha esposa Ana Maria, a meus filhos Samuel e Mariana, pela ajuda, pelo estímulo, pela compreensão e paciência nas minhas ausências.*

*À Coordenadora do MEPES, Profa. Dra. Nilce Maria da Silva Campos Costa, cuja dedicação à condução desta pós-graduação serviu-me de estímulo para superar as dificuldades encontradas.*

*Ao Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes que, muito mais que orientador, é um amigo querido, sendo uma referência de ética profissional na qual tenho me inspirado.*

*A todo o corpo docente do Mestrado de Ensino na Saúde e, em especial, à Profa. Dra. Maria de Fátima Nunes, pela prestimosa ajuda na construção do meu projeto de pesquisa, e às Profas. Dras. Dione Marçal Lima e Karine Anuska Martins, pela impagável contribuição para o norteio do referencial teórico.*

*À Bibliotecária, Célia Márcia Costa de Assis, por sua presteza em colaborar no período de levantamento bibliográfico.*

*À Secretária do MEPES, Roberta Moreira Gonçalves, por seu profissionalismo e carinho dedicados a nossa turma.*

# SUMÁRIO

---

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA</b>	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	17
3.1	ASPECTOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO MÉDICA	17
3.2	ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL: 205 ANOS DE TRAJETÓRIA (1808-2013)	19
3.3	MOVIMENTOS CONTRA-HEGEMÔNICOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A FORMAÇÃO MÉDICA	21
3.4	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA E SEU PAPEL NO MOVIMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL	24
3.5	AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA	26
	<b>3.5.1 Perfil do egresso</b>	26
	<b>3.5.2 Competências e habilidades gerais</b>	27
	<b>3.5.3 Competências e habilidades específicas</b>	28
	<b>3.5.4 Análise crítica da implantação das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de graduação em Medicina</b>	30
	<b>3.5.5 As Diretrizes Curriculares Nacionais e a multiplicidade dos cenários de prática</b>	32
3.6	O IMPACTO DO RELATÓRIO FLEXNER NA EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA	33
	<b>3.6.1 Súmula biográfica de Flexner</b>	33
	<b>3.6.2 Entendendo o contexto do Relatório Flexner</b>	35
	<b>3.6.3 Aspectos principais do Relatório Flexner</b>	36
	<b>3.6.4 O impacto e a interpretação do Relatório Flexner no Brasil</b>	37
	<b>3.6.5 Uma reflexão sobre o legado de Flexner</b>	38
3.7	PROGRAMAS NACIONAIS DE REORIENTAÇÃO CURRICULAR	39
	<b>3.7.1 Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED</b>	39
	<b>3.7.2 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE I e II</b>	40
	<b>3.7.3 Programa Nacional de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-SAÚDE</b>	41
3.8	O PARADIGMA DA INTEGRALIDADE	43
3.9	O MUNDO DO TRABALHO	46



## SIGLAS E ABREVIATURAS

---

<b>ABEM</b>	Associação Brasileira de Educação Médica
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>a.C.</b>	Antes de Cristo
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CES</b>	Câmara de Educação Superior
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CINAEM</b>	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>CNES</b>	Conselho Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COBEM</b>	Congresso Brasileiro de Educação Médica
<b>CREMESP</b>	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
<b>d.C</b>	Depois de Cristo
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DOU</b>	Diário Oficial da União
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família

<b>FM/UFG</b>	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
<b>GAP</b>	Grupo de Apoio à Pesquisa
<b>HC</b>	Hospital das Clínicas
<b>IDA</b>	Integração Docente Assistencial
<b>LDB</b>	Leis de Diretrizes e Bases da Educação
<b>MEC</b>	Ministério da Educação e Cultura
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PET-SAÚDE</b>	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
<b>PPC</b>	Projeto Político Pedagógico do Curso
<b>PROMED</b>	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para o Curso de Medicina
<b>PRÓ-SAÚDE</b>	Programa Nacional de Formação Profissional em Saúde
<b>SESU</b>	Secretaria de Educação Superior
<b>SGTES</b>	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
<b>SINAES</b>	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFG</b>	Universidade Federal de Goiás

## RESUMO

---

Estudo realizado com discentes do internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. OBJETIVOS: A proposta desta pesquisa é conhecer as expectativas de prática profissional de discentes do internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás e observar possíveis dissonâncias com o perfil do discente preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e pelo Projeto Político-Pedagógico da instituição. MÉTODOS: Estudo quantitativo descritivo. O instrumento utilizado para a pesquisa foi um questionário distribuído aos 222 discentes do internato, no ano de 2012, da referida instituição. A amostra consta de 190 sujeitos de pesquisa, correspondendo a 85% do universo de análise. A significância estatística foi avaliada por um teste não paramétrico (Teste do Sinal). RESULTADOS: O perfil sociodemográfico caracteriza discentes com idade média de 23,8 anos, solteiros, sendo que 65,8% pertencem às classes sociais A e B. O ideal do perfil de prática profissional demonstra que 83,7% pretendem ser especialistas, 96,3% desejam cursar residência médica, sendo estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ), e 71,6% não pretendem prioritariamente trabalhar na Estratégia Saúde da Família ( $p=0,005$ ). CONCLUSÃO: O estudo demonstra discentes com perfil socioeconômico elevado, que pretendem ser especialistas, cursar residência médica e não veem a Estratégia Saúde da Família como uma meta fim.

**Palavras-chave:** Diretrizes Curriculares Nacionais. Discentes. Educação Médica. Internato.

## ABSTRACT

---

This research was conducted in medical school of Federal University of Goiás. OBJECTIVES: The aim of this research is to identify the ideal, in terms of professional practice, of the internship students in the Medical School of the Federal University of Goiás – UFG – and to observe possible dissonances with the profile of the graduates, as advocated by the National Curriculum Guidelines and by the Political Pedagogic Project of this institution. METHODS: In 2012, two hundred and twenty-two medical internship students of the institution received a survey questionnaire. The sample of this research consisted of one hundred and ninety research subjects, representing 85% of the sample universe. The statistical significance was calculated using a non-parametric test (Sign Test). RESULTS: The sociodemographic profile characterizes the students with an average age of 23,8 years old, unmarried, 65,8% of whom belong to social classes A and B. The ideal of the profile of professional practice shows that 83,7% want to become specialists, whereas 96,3% want medical residency, which is statistically significant ( $p=0,0001$ ), and 71,6% do not intend to work with Family Health Strategy Programs ( $p=0,005$ ). CONCLUSION: This study shows that students with high socio-economic profile, who want to become specialists, undergo a medical residency program and do not see the Family Health Strategy as a professional goal.

**Keywords:** National Curriculum Policy. Students. Medical Education. Internship.

## **1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA**

---

O processo educacional, de maneira geral, e a educação médica, em particular, dentro desse contexto, têm experimentado significativas mudanças no sentido de se ter uma formação que valoriza o conhecimento geral e estimule o pensamento crítico e reflexivo. (FEUERWERKER, 2002).

A implantação das diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina tem sido considerada um referencial histórico para mudança na construção de um novo perfil do egresso dos cursos médicos que atendam às demandas e necessidades da sociedade. (BOLLELA, 2010).

Nesse aspecto, a implantação das DCN tem sido assumida como estratégia potente para redirecionar a formação dos profissionais de saúde, estabelecendo um marco estruturante na construção de um novo modelo para a educação desses profissionais. (BRASIL, 2001).

Esta dissertação é o produto de uma inquietação pessoal motivada pelo desejo de conhecer o hiato porventura existente entre o perfil dos futuros egressos do Curso de Medicina, preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), e o perfil pretendido e idealizado pelos discentes na fase final da graduação correspondente ao período do internato.

O internato nos cursos de graduação em saúde, tais como Enfermagem, Nutrição, Medicina e Odontologia, é definido como o estágio curricular de treinamento em serviço, sob supervisão direta dos docentes e preceptores. (BOLLELA, 2010).

Existem diferenças pontuais entre os distintos modelos de internato. Todos eles têm como objetivo comum proporcionar ao discente do curso de saúde em fase final uma oportunidade eficaz de contato direto com o mundo do trabalho e com a realidade cotidiana do exercício profissional, bastante diferente da vivência intramuros da academia. (RUIZ, 2010).

Na formação médica dos dias atuais, o internato constitui num valioso espaço de ensino-aprendizagem. Porém, por mais paradoxal que seja, é objeto de grandes resistências às mudanças. (BOLLELA, 2010).

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/UFG), o internato tem duração de vinte e três meses, em sistema de rodízio, incluindo aspectos essenciais nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Saúde Coletiva, e deve abranger atividades em todos os níveis de atenção primária, secundária e terciária. (FACULDADE DE MEDICINA/UFG, 2003).

O curso médico da FM/UFG é dividido em dois ciclos, básico e clínico, estando o internato inserido nos dois últimos anos da graduação. (MORAES *et al*, 2007).

Surge, então, o denominado Paradigma da Integralidade, que visa uma reorientação da formação profissional para impulsionar a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), adequando o perfil do egresso às demandas de saúde da população. (PERIM, 2007).

De acordo com o artigo 3º das DCN, o perfil do egresso do curso de graduação em medicina é:

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001, p.1).

A FM/UFG contempla em seu projeto político-pedagógico as normativas das DCN, incorporando o seu artigo 3º, que conceitua o perfil do profissional a ser formado pelas instituições médicas brasileiras. (FACULDADE DE MEDICINA/UFG, 2003).

O que se percebe, porém, na prática, é que as mudanças curriculares não estão sendo suficientes para remover as resistências e a perpetuação do modelo tradicional de ensino. (ARCOVERDE, 2007).

A influência da fragmentação cartesiana sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, sendo este o atual alicerce conceitual da medicina moderna. (CAPRA, 2006).

A mudança na formação médica e, por conseguinte, uma reorientação das práticas profissionais dos futuros médicos são dois lados de uma mesma moeda com o objetivo de se atingir uma atenção integral à saúde. (CECCIM, 2004).

O presente estudo pretende avaliar as expectativas de prática profissional dos discentes do internato FM/UFG, no sentido de se perceber a existência ou não de dissonâncias entre a futura prática profissional do discente e o perfil do egresso preconizado nas DCN e no Projeto Político-Pedagógico do Curso.

## 2 OBJETIVOS

---

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer as expectativas de prática profissional dos discentes do internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e as possíveis consonâncias ou dissonâncias com o perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e o Projeto Político Pedagógico da Instituição.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer e descrever o perfil sociodemográfico dos discentes do internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás;
- Identificar as expectativas de prática profissional entre os discentes do internato incluído no estudo;
- Observar possíveis consonâncias ou dissonâncias entre as expectativas de prática profissional desses discentes com o perfil do egresso preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais e no Projeto Político Pedagógico da instituição;
- Descrever a percepção dos discentes em relação à formação médica oferecida pelo curso.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

---

#### 3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO MÉDICA

A Educação Médica iniciou-se na pré-história atrelada à religião e às práticas mágicas. Nos dias atuais, se apresenta como um instrumento de desenvolvimento científico da medicina. (CALMAN, 2007).

Os primeiros exercícios da medicina de que se tem registro são encontrados em escrita cuneiforme, na Mesopotâmia, um espaço geográfico situado entre os rios Tigre e Eufrates, berço da civilização de origem suméria, onde a prática médica tinha caráter sacerdotal. (MORAES; PEREIRA; NAGHETTINI, 2012).

A civilização chinesa é considerada outra importante precursora do desenvolvimento médico, cujo livro mais antigo e importante, intitulado *Nei Ching*, de autoria do Imperador Huang Ti (2698-2598 a.C.), é a base conceitual da medicina chinesa. Neste, são encontrados princípios de tratamento, noções de acupuntura, dieta e teoria das doenças. (CALMAN, 2007).

Embora haja referência de ensino médico na China no século X, anterior à era cristã, o início formal, de fato, da educação médica, naquele país, ocorreu na Dinastia T'ang (618-906 d.C.), sendo exclusiva da corte imperial, de caráter personalista, de cunho secreto e com standardização. (*Ibidem*).

No Egito antigo, o primeiro registro de transmissão de conhecimento médico data de 1.500 a.C. Utilizaram-se o discipulado e a leitura de livros sagrados, sob supervisão de professores, como métodos de ensino-aprendizagem, semelhantes aos métodos empregados em outras civilizações. Os cenários de prática tinham lugar nas escolas-templos e havia o ensino concomitante de outras profissões, como a de juízes e matemáticos. (MORAES; PEREIRA; NAGHETTINI, 2012)

A tendência para especialização na medicina é muito antiga, sendo que, em 1.500 a.C., Heródoto afirmava que: “a arte da medicina é dividida, cada médico dedica-se a uma doença, alguns são para os olhos, outros para a cabeça, outros para os dentes e outros para desordens intestinais.” (*Ibidem*, p. 144).

Hipócrates (460 a.C.), considerado o pai da medicina moderna, preconizava, na Grécia antiga, sobre o processo de ensino-aprendizagem em medicina, valendo-se de um pitoresco cenário, uma árvore – o plátano – denominada por Rezende de ‘O Plátano de Hipócrates’. (REZENDE, 2009).

O templo de Esculápio era outro cenário de formação e práticas médicas, sendo o método hipocrático ensinado através de aforismos, de onde eram extraídos significativos conhecimentos. (CALMAN, 2007).

O continuísmo é a marca registrada da educação médica no Império Romano, com transmissão vertical mestre/discípulo e uso de livros-texto, o que é primordial para o surgimento de grandes livrarias. Os cenários de prática eram compostos por tabernas médicas locais, utilizadas para tratamento de enfermos, sendo que os médicos eram acompanhados de seus aprendizes. (REZENDE, 2009).

Paradoxalmente, foi na Idade Média, conhecida no meio acadêmico como Idade das Trevas, que houve um importante progresso na educação médica, com o surgimento de universidades constituídas de professores e alunos ajuntados com a finalidade precípua de aprender. (*Idem*, 2005).

O Iluminismo e a Renascença trouxeram importantes mudanças na educação médica, com destaque para os conhecimentos de anatomia, advindos da dissecação em cadáver, efetivada por Leonardo da Vinci. Estes propiciaram a queda de mitos e promoveram avanços significativos no conhecimento anatômico do corpo humano. Surgiram os anfiteatros para estudo de anatomia humana, como cenários de prática, nos quais o professor dissecava o cadáver e demonstrava aos alunos que o circundavam. (MORAES; PEREIRA; NAGHETTINI, 2012).

Nos séculos seguintes (XVII e XVIII), construíram-se os pilares da medicina científica dos dias atuais. Destacaram-se, nessa ocasião, os estudos

de Harvey, sobre circulação do sangue, que impulsionaram o conhecimento da fisiologia humana. (CAPRA, 2006).

A Medicina de Estado, de origem alemã, com os estudos de Peter Framer, contribui para manter o aumento da densidade demográfica, propiciar o número adequado de médicos, normatizar o saber e a prática médica e exercer o controle administrativo da atividade médica, com consequente surgimento da burocracia no trabalho médico e controle do estado sobre as doenças infecciosas e laborais. (CALMAN, 2007).

A medicina urbana surgiu na Inglaterra, caracterizando-se por imobilidade, setorização e forte marco regulatório estatal, ligando a prática médica às condições ambientais. A medicina sanitarista apareceu em resposta à Revolução Industrial, tendo por finalidade aperfeiçoar a força de trabalho com rigoroso controle sanitário do ambiente laborativo. (LAMPERT, 2009a).

O século XX foi marcado, desde o início, por uma revolução na educação médica, a partir dos trabalhos de Abraham Flexner, em 1910, nos Estados Unidos e no Canadá, disseminado para a Europa e a América Latina, com a publicação do Relatório Flexner, que será abordado adiante.

### 3.2 ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL: 205 ANOS DE TRAJETÓRIA (1808-2013)

O ano de 1808 constituiu-se um marco referencial histórico na embriogênese das escolas médicas do Brasil. Ao se analisar os efeitos de uma guerra na Europa no século XIX, percebem-se suas repercussões na América Latina em vários setores da atividade humana, incluindo a educação. (GOMES, 2007).

As guerras napoleônicas tiveram como uma das consequências a fuga da família real portuguesa para o Brasil, pressionada pela iminente invasão de Portugal pelas tropas de Napoleão. A corte portuguesa, sob o comando de D. João XVI, ao aportar em Salvador, criou, em 18.02.1808, a primeira Faculdade de Medicina, com a denominação de Escola de Medicina e Cirurgia. (LAMPERT, 2008).

Aqui é oportuno lembrar que a América Portuguesa, por régio decreto, foi impedida por quase trezentos anos de criar o ensino superior, sendo este atraso quebrado somente com a vinda da corte portuguesa. (*Ibidem*).

Ainda em abril de 1808, criou-se a segunda escola médica, denominada Escola Anatômico-Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. Percebe-se, portanto, que a escola médica no Brasil estava na epigênese do seu nascedouro, intrinsecamente ligada às demandas da elite dominante, representada pela Corte Real Portuguesa, e não às necessidades da população. (FILHO, 2010).

Com a independência política do Brasil, em 07.09.1822, iniciou-se uma ruptura científico-cultural com Portugal, passando a sofrer influência da escola médica de cunho anátomo-clínico, na França e, em seguida, da escola alemã, de vocação laboratorial e científica. (LAMPERT, 2008).

A partir de 1832, as escolas médicas foram denominadas Faculdades de Medicina, permanecendo com o número estável até 1897, quando se criou a terceira escola, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Esse número de escolas médicas manteve-se inalterado até a segunda década do século XX. (*Ibidem*).

O século passado foi marcado por um formidável desenvolvimento técnico-científico, com o surgimento do modelo biomédico. Este se constituiu no alicerce conceitual da medicina científica do sistema hegemônico, caracterizado pela fragmentação cartesiana do saber, com a consequência inevitável da especialização nas ciências médicas. (CAPRA, 2006).

A segunda metade do século XX foi marcada por dois picos de proliferação desordenada de escolas médicas no Brasil, sendo um na década de 1960 e o outro na década de 1990, e no início do século XXI. No primeiro, foram criadas 35 Faculdades de Medicina entre 1966 e 1971, patrocinadas pelo governo militar, o qual, por aproximação político-econômico-ideológica com os Estados Unidos da América, incorporou o Modelo Flexneriano de Educação Médica com meio século de atraso. (FILHO, 2010).

O segundo pico, que ocorreu na década de 1990 e início do século XXI, foi marcado por uma verdadeira explosão – o surgimento de escolas

médicas –, levando o país a ostentar o posto de segundo do mundo no número de faculdades de Medicina, atrás apenas da Índia e à frente dos Estados Unidos. O Brasil, então, possui hoje 202 escolas médicas, mal distribuídas regionalmente, com maior concentração nas regiões Sudeste e Sul e uma rarefação nas regiões Norte e Nordeste, ofertando mais de 16.000 vagas de ingresso ao curso médico, enquanto que existem no país apenas 10.190 vagas de residência médica, ocasionando uma defasagem superior a 6.000 profissionais. Estes, infelizmente, não terão acesso à complementação da formação profissional. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012; NACIFF, 2013).

### 3.3 MOVIMENTOS CONTRA-HEGEMÔNICOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

A mudança mais significativa na medicina ocidental ocorreu com a Revolução Cartesiana, com a sua rigorosa dicotomia entre o corpo e a alma, conduzindo os profissionais da medicina a focarem o corpo como uma máquina, negligenciando os aspectos biopsicossociais, produzindo uma visão reducionista em detrimento da visão holística do homem. (CAPRA, 2006).

A influência da filosofia de Descartes no pensamento médico desembocou no modelo biomédico, o qual tem sido considerado a base da moderna medicina científica. (*Ibidem*).

O modelo reprodutivista da educação existente nas escolas médicas subordina a formação médica à lógica do poder econômico vigente. (FEUERWERKER, 2004).

Durante as décadas de 1970 e 1980, destacaram-se o Informe *La Londe* (1974), onde foram avaliados os determinantes de saúde nos seus aspectos genéticos e biológicos, socioeconômicos e ambientais, e a Declaração de Alma Ata (1978), a qual foi produto do Fórum Internacional ocorrido no Cazaquistão, com um documento intitulado Saúde para Todos, em 2000, com foco na atenção primária. Nela foi esboçada uma ampliação do conceito de saúde, que foi sistematizado de maneira oficial em 1986, na

Conferência Otawa (Canadá), versando sobre promoção de saúde. (LAMPERT, 2009a).

A 8ª Conferência de Saúde, ocorrida em 1986, contribuiu decisivamente para a reforma sanitária em curso e influenciou as Políticas Públicas de Seguridade Social, asseguradas na Constituição de 1988. Essa conquista social tem provocado enormes mudanças na formação médica, na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como na ordenação de recursos humanos em saúde do país. (PAIM, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou as conferências internacionais de saúde em Otawa (1986), Adelaide (1988), Sundswille (1990) e Jacarta (1992), as quais produziram um conceito ampliado de promoção de saúde. (LAMPERT, 2009a).

A Conferência de Otawa (Canadá, 1986) teve sua proposta sistematizada em cinco eixos temáticos:

- a) Formatação e implementação de políticas públicas, objetivando um viver saudável;
- b) Desenvolvimento de um ambiente salubre;
- c) Estímulo à ação comunitária;
- d) Cultivo das habilidades individuais;
- e) Mudanças no sistema de saúde.

Na Conferência de Adelaide (Austrália, 1988), foi abordada a visão intersectorial da saúde, tendo como eixo central implementar as políticas públicas, visando a promoção de saúde com a abordagem da integralidade e da responsabilidade social, reafirmando que tais políticas adotadas em países desenvolvidos teriam a obrigatoriedade de produzir resultados positivos nos países em desenvolvimento. (*Ibidem*).

Houve, em Adelaide, uma recomendação para reorientar a educação médica com a elaboração de novos currículos baseados em competências. (LOPES, 2008).

Nos dias atuais, os princípios da Conferência de Otawa permanecem como eixo norteador para mudanças nas políticas públicas de saúde, ampliando o conceito de promoção de saúde ao incluir qualidade de vida,

autonomia dos sujeitos nas decisões, estilo de vida, dieta e recursos eco-sustentáveis. Desta maneira, torna-se necessário refletir como construir uma educação para promoção de saúde e dos elementos pedagógicos incluídos nesse processo. (*Ibidem*).

A 3ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde de Sundswille (Suécia, 1991) teve como tema a interligação entre saúde e ambiente, como uma preparação para a Conferência Mundial do Meio Ambiente (Rio de Janeiro, 1992), que evocou as dimensões socioeconômicas e políticas no desenvolvimento eco-sustentável. (LAMPERT, 2009a).

Na América Latina, a Declaração de Bogotá (Colômbia 1992) abordou a equidade social como um condicionante para a saúde nos países em desenvolvimento. Nesse documento, a saúde foi abordada como uma prioridade, e enfatizou-se a participação social nas decisões. Houve também menção no combate às desigualdades de gênero. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1996).

No Brasil, sob o patrocínio da Fundação Kellogg, teve início na década de 1990 o Programa Uni: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde e sua União com a Comunidade que propiciou a realização de diversos projetos na América Latina. Implantaram-se, em onze países, vinte e três universidades do continente latino-americano, nas áreas de Medicina, Enfermagem e Odontologia, com recursos financeiros na ordem de 50 milhões de dólares, patrocinados pela Fundação Kellogg. (KISIL, 1994).

Na década de 1990, a Fundação Kellogg atuou em três eixos principais: educação, saúde e participação comunitária. Os projetos das Redes Uni e IDA se fundiram, formando o Projeto Rede Unida com a proposta de parceria entre a IES, o Serviço de Saúde e a comunidade. Utilizaram-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tais como: problematização e aprendizagem, baseadas em problemas. (LAMPERT, 2009a).

A OPAS, criada em 1902, com o objetivo de promover a equidade em saúde, passou a integrar a OMS como seu organismo regional. Na década de 1960, a OPAS começou a desenvolver o modelo de medicina preventiva na

América Latina, a partir de caminhos apontados nos Seminários de *Vina del Mar*. No Brasil, a OPAS estimula a difusão da medicina social como forma de se contrapor ao sistema dominante, composto pelo complexo industrial farmacêutico, aliado à medicina privada. Neste contexto, surgiram a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. (CEBES) (PERIM, 2007).

No panorama internacional, a Primeira Conferência Mundial de Educação Médica, ocorrida em Edimburgo (Suécia, 1988), produziu um documento denominado Declaração de Edimburgo, com propostas de mudanças substanciais na educação médica:

- a) Ambiência relevante no processo educacional;
- b) Currículos voltados para as necessidades de saúde da população;
- c) Utilização de metodologias ativas de aprendizagem;
- d) Currículo baseado em competências;
- e) Treinamento de docentes;
- f) Aperfeiçoamento nos critérios de seleção de ingresso nas faculdades de medicina;
- g) Interação ensino/serviço;
- h) Equilíbrio na formação de médicos generalistas e especialistas;
- i) Preparo de equipes multiprofissionais;
- j) Educação continuada.

Com essas propostas, buscou-se uma relevância social para a educação médica, atribuindo responsabilidade social às instituições formadoras, que devem avaliar o destino profissional de seus egressos. A Declaração de Edimburgo tem estimulado movimentos de mudança dos modelos de educação médica no Brasil e no mundo. (LAMPERT, 2009a).

### 3.4 A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA E SEU PAPEL NO MOVIMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) foi criada em 1962, com a denominação original de Associação Brasileira de Escolas

Médicas, a partir de um grupo de docentes, após terem participado de um fórum internacional de educação médica. Seu objetivo foi reorientar a formação médica, quebrando o modelo biomédico hegemônico e produzindo um novo perfil do egresso. (LAMPERT, 2012).

O I Congresso Pan-americano de Educação Médica, ocorrido em Lima (Peru, 1951), serviu de mola propulsora para a criação da ABEM. Esta, desde o seu início, tem procurado contribuir com o poder público, trabalhando em parceria com organizações governamentais e não governamentais, incentivando as escolas médicas a utilizar as diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina como um eixo norteador para a transformação e construção de um novo olhar em saúde. (*Ibidem*).

Em meio século de existência, a ABEM teve papel fundamental na construção das DCN, a partir das discussões ocorridas na Comissão Interinstitucional de Ensino Médico. (CINAEM) (LAMPERT 2012).

Na busca incessante de melhoria da qualidade da educação médica brasileira, surgiu, patrocinada pela ABEM, a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), em 2006, com o projeto intitulado "Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras". Seus objetivos eram: promover e acompanhar as mudanças nas escolas médicas, visando contemplar as demandas de saúde e a consolidação do SUS, e estimular a implementação de processos avaliativos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. (SINAES) (LAMPERT, 2009a).

A ABEM tem auxiliado as escolas médicas através de assessoria na readequação dos projetos pedagógicos, contemplando as DCN e participando do enorme desafio de transformar intenção em ação. (PERIM, 2007).

Atualmente, tem sido prática da ABEM a adoção de um projeto de descentralização, almejando levar os projetos nacionais às regionais, estimulando cada entidade de ensino superior de ciências médicas a ela filiada. (LAMPERT, 2012).

Finalmente, um alvo de ação prioritária da ABEM tem sido a capacitação docente, concedendo oportunidade a esses profissionais, os meios necessários através de oficinas e grupos de estudos loco-regionais e

um modo eficaz de treinamento docente rumo à implementação das mudanças contempladas nas DCN e reclamadas pela sociedade brasileira, cada vez mais exigente e longeva. A reorientação do processo educacional deve iniciar necessariamente pela formação docente. (*Idem*, 2009a).

### 3.5 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

A Resolução nº 04, de 07 de novembro, de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE), através do presidente da Câmara de Educação Superior, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), com o pressuposto básico de normatizar a estruturação curricular dos cursos de Medicina das Instituições de Ensino Superior do Brasil. (BRASIL, 2001).

As DCN, para o curso de Medicina, foram consideradas na sua criação como um eixo norteador para mudanças curriculares necessárias a uma reorientação na formação dos profissionais médicos, consoante o Paradigma da Integralidade, contribuindo para a consolidação do SUS e, desta forma, atender aos reclames e demandas da sociedade brasileira. Essas diretrizes orientam o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) de Medicina, assegurando flexibilidade e diversidade. (LAMPERT, 2012).

#### 3.5.1 Perfil do egresso

As DCN contemplam o perfil pretendido do egresso a ser formado, bem como as competências necessárias requeridas ao futuro profissional.

No seu artigo 3, o perfil pretendido do egresso está claramente delineado, como se vê na transcrição adiante:

o curso de graduação em medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção à saúde, na

perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001, p.1).

Decorridos pouco mais de dez anos da publicação das diretrizes curriculares e de sua incorporação pelas instituições de educação superior (IES) nos projetos pedagógicos de seus respectivos cursos de Medicina, percebe-se, na prática, a dificuldade de entendimento e consequente transformação no cotidiano das universidades no sentido de se operar efetivas mudanças no perfil do egresso a ser disponibilizado para a sociedade. (NETO, 2012).

A saúde passa por uma crise a nível mundial. Uma das múltiplas causas apontadas é a formação inadequada de profissionais da saúde em geral e de profissionais médicos no Brasil, em particular formados por instituições que não os ensina a pensar, a terem visão crítica da realidade que os cerca, nem lhes proporciona uma formação generalista que lhes permita atuar com segurança e resolutividade nos diversos níveis de atenção. (NETO, 2012).

Existe uma dissonância evidente entre a ênfase dada aos projetos pedagógicos do curso de Medicina quanto ao perfil do egresso a ser formado pelas respectivas IES e o perfil do médico requerido pela sociedade e pelos serviços de saúde. (OLIVEIRA, 2008).

Além da utilização das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, é imperioso, na atualidade, vivificar as DCN para que uma faculdade de Medicina possa formar gente capacitada a gostar e a cuidar de gente. (MARANHÃO, 2012).

### **3.5.2 Competências e habilidades gerais**

Durante o curso médico, de acordo com o explicitado no artigo 7º das DCN, o discente deverá ser capacitado nas seguintes competências e habilidades gerais:

- a) Atenção à saúde: Todo profissional de saúde deverá estar apto a atuar na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde

nos níveis individual e coletivo, pensando e atuando para além do ato médico, objetivando a resolutividade, utilizando-se dos princípios éticos e bioéticos, atuando de forma integrada aos demais membros das equipes multiprofissionais de saúde;

- b) Tomada de decisões: As decisões do profissional deverão ser ancoradas em fortes evidências científicas, bem como ter em mente o binômio custo/benefício, adotando práticas e procedimentos, com o equilíbrio da equação resolutividade /custo;
- c) Comunicação: Envolve a comunicação verbal e não verbal, habilidade na escrita e leitura, domínio de tecnologias de informação e proficiência em pelo menos uma segunda língua;
- d) Liderança: A saúde exige o trabalho em equipe multiprofissional e o médico, quando requisitado, deverá estar apto a exercer a função de liderança da equipe, visando construir o bem comum, cultivando os predicados necessários para uma liderança eficaz, quais sejam: gerenciamento eficaz, segurança na tomada de decisões, empatia, responsabilidade, compromisso com o próximo, com a equipe e com o serviço de saúde;
- e) Administração e gerenciamento: O profissional médico deve estar apto a administrar e gerenciar os recursos humanos e materiais, devendo ser capacitado à habilidade de empreender;
- f) Educação Permanente: Os profissionais de saúde devem assumir a missão de aprender continuamente, responsabilizando-se pela sua educação permanente, bem como cooperar com os processos educativos do seu local de prática laboral. (BRASIL, 2001).

### **3.5.3 Competências e habilidades específicas**

De acordo com o artigo 5º da Resolução 4 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Ensino Superior de 7/11/2011, durante a formação médica o profissional deverá incorporar as seguintes habilidades e competências específicas:

- a) Atuar como agente de ação social e promover estilos de vida saudáveis a nível individual e coletivo;
- b) Agir nos diferentes níveis de atenção à saúde, priorizando a atenção primária e secundária;
- c) Desenvolver uma comunicação eficaz com colegas, pacientes e acompanhantes;
- d) Promover educação em nível individual e coletivo a pacientes, família e comunidade sobre o processo saúde-doença, através de uma comunicação efetiva;
- e) Estar apto a construir a anamnese e realizar com maestria o exame físico;
- f) Demonstrar conhecimentos necessários à compreensão dos aspectos biopsíquicos e socioambientais imbricados na prática da medicina;
- g) Ser competente para diagnosticar e tratar as doenças mais prevalentes;
- h) Incorporar em sua prática profissional a noção clara de suas limitações e fazer os encaminhamentos necessários quando o caso extrapolar sua esfera de competência;
- i) Valorizar a clínica e usar racionalmente a propedêutica armada;
- j) Adotar a prática da medicina baseada em evidências científicas;
- k) Usar de maneira adequada e com parcimônia os recursos semiológicos disponíveis, obedecendo a uma hierarquia nos diversos níveis de atenção à saúde;
- l) Trabalhar com a convicção de que a saúde é antes de tudo um direito social;
- m) Ampliar a sua atuação no sentido de buscar a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde;
- n) Proceder à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos e ambulatoriais bem como cirurgias de urgência e emergência;

- o) Possuir conhecimentos básicos de metodologia científica que o capacite à leitura crítica de um artigo e a produzir trabalhos científicos;
- p) Atuar com proficiência no mercado de trabalho;
- q) Lidar de maneira competente com o sistema de referência e contra referência do SUS;
- r) Buscar o autocuidado com eficiência e como um ato de dever médico e de cidadania;
- s) Levar em conta a equação custo benefício nas suas tomadas de decisões;
- t) Apropriar-se do papel social do médico;
- u) Saber trabalhar em equipes multiprofissionais;
- v) Estar sempre atualizado com a legislação em saúde ou a ela concernente. (BRASIL, 2001).

#### **3.5.4 Análise crítica da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina**

Decorridos pouco mais de uma década de sua publicação, as DCN para o curso de graduação em Medicina têm sido, por reiteradas vezes, evocadas como um marco regulatório rumo à construção de um novo perfil formativo do profissional médico. Isso sob a ótica da integralidade, interligando os setores de saúde e educação em um sistema permanente de avaliação, tanto do egresso a ser formado quanto do processo de sua formação. (SAKAI, 2008).

As diretrizes prescrevem a avaliação periódica como um valioso instrumento útil para a correção de trajetórias, objetivando mudanças reais, e não apenas permanecendo como mera intenção de ações inovadoras constantes nos projetos dos cursos médicos. Ainda é prematura qualquer análise do real impacto das diretrizes curriculares nos processos educacionais, visto que a educação, enquanto processo, é construída a médio e longo prazos. (MARANHÃO, 2012).

É inegável a evolução ocorrida na transição do currículo mínimo para as DCN com o estabelecimento do internato de dois anos, inserção precoce do aluno na prática, (des)hospitalização e oferta de múltiplos cenários de prática, com ênfase na atenção primária. (MORAES *et al*, 2007).

As DCN surgem num momento histórico, em que os processos educacionais buscavam, ansiosamente, a incorporação de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e incorporação da Medicina, baseada em evidências científicas, com o desejo manifesto pela sociedade por mudanças na educação médica, tanto no Brasil quanto ao redor do mundo. (OLIVEIRA, 2008).

A construção das DCN se deu em um contexto de abertura política, no período da promulgação da Constituição de 1988, a qual trouxe a noção clara de saúde como um direito social de todos e dever do estado. Paralelamente, a Lei nº 8.080, trata da criação e concepção do SUS, bem como define o papel do Ministério da Saúde como o responsável pela formação de profissionais para o SUS e pela interlocução com o Ministério da Educação, visando atender às demandas do SUS e da sociedade brasileira. (LAMPERT, 2009a).

O ensino que antes era centrado no professor deve, agora, ter o aluno como ator principal, buscando-se sempre o protagonismo do estudante. Ele mesmo é o grande responsável pela sua aprendizagem, cabendo ao professor o papel de facilitador. (COSTA, 2006).

As DCN trouxeram clareza a aspectos fundamentais da formação profissional em saúde no contexto geral e na educação médica em particular. Delinearam-se bem o perfil do profissional a ser formado e as competências e habilidades requeridas nos âmbitos geral e específico, definindo-se de maneira hialina a busca preferencial por metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem. (BRASIL, 2006).

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, entre 2002 e 2006, visando avaliar a adesão dos cursos de graduação em Medicina quanto à incorporação das DCN no currículo e nos projetos pedagógicos, demonstrou que apenas 26% dos cursos avaliados apresentaram algum grau de

aderência, e o curso melhor avaliado atingiu 50% de adesão das DCN ao seu projeto pedagógico. (*Ibidem*).

Uma mudança eficaz do perfil do discente só será possível a partir de uma real transformação do docente, que deverá passar por uma valorização profissional, a fim de que sua resistência à mudança seja quebrada. (COSTA, 2006).

### **3.5.5 As Diretrizes Curriculares Nacionais e a multiplicidade dos cenários de prática**

Com o objetivo de se atingir a meta preconizada no artigo 5º das DCN, o qual expressamente recomenda ao estudante da graduação do curso de Medicina atuar nos diferentes níveis de atenção, com prioridade para os níveis primário e secundário, torna-se imperioso disponibilizar ao estudante múltiplos cenários de prática em distintos níveis de atenção. Assim, ele terá a oportunidade de aprender, conforme requerido pelas diretrizes. (MORAES; PEREIRA; NAGHETTINI, 2012).

O contato do estudante deverá ser gradativo e progressivo para a evolução do curso, a partir de sua inserção, e, já no primeiro e segundo anos, nas atividades práticas das áreas de atenção básica e saúde coletiva e, a partir do terceiro ano, em ambulatórios e hospitais, intensificando a complexidade no internato. (GODEFROOIJ *et al*, 2010).

As DCN preconizam o internato como um estágio obrigatório de treinamento em serviço, incluindo as áreas de clínica médica, cirúrgica, tocoginecologia, pediatria e saúde coletiva, desenvolvendo atividade nos três níveis de atenção à saúde em cada uma das respectivas grandes áreas. (BRASIL, 2001).

Algumas instituições de ensino superior, incluindo a UFG/GO, têm propiciado ao estudante de Medicina o internato comunitário, em cidades do interior. Neste ambiente, acontece o contato com uma realidade por ele desconhecida, pois esse estágio se desenvolve longe dos grandes centros,

fora da cidade sede do curso médico. (MORAES; PEREIRA; NAGHETTINI, 2012).

Na FM/UFG, o internato comunitário é realizado nas cidades de São Luís dos Montes Belos, Firminópolis, Morrinhos e Jataí, e tem como objetivo principal o desenvolvimento de ações de saúde voltadas para a atenção básica. Nesse período de estágio, o estudante entra em contato com as necessidades de saúde mais comuns da população brasileira e participa da resolução de problemas de saúde com baixa utilização de tecnologias sofisticadas. (FACULDADE DE MEDICINA/UFG 2003).

Em suma, os cenários de ensino devem se caracterizar pela sua multiplicidade, variando em um amplo espectro que vai da unidade de estratégia de saúde da família (ESF) até hospitais de alta complexidade, passando por ambulatorios, maternidades e hospitais de pequeno porte. As instituições de ensino superior devem realizar parcerias com as secretarias municipais e estaduais, com o intuito de se conseguir uma integração ensino-serviço eficaz, conforme preconizado pelas DCN. (*Ibidem*).

## 3.6 O IMPACTO DO RELATÓRIO FLEXNER NA EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

### 3.6.1 Súmula biográfica de Flexner

Nascido em 13 de novembro de 1866, na cidade de Louisville, em Kentucky, nos Estados Unidos, Abraham Flexner era o quarto de uma prole de nove filhos do casal Moritz Flexner e Esther Abraham, imigrantes judeus alemães, que migraram para os Estados Unidos em 1853. Após uma infância pobre e difícil, ingressou na Universidade John Hopkins, em Baltimore, onde concluiu o bacharelado em Artes, em 1886. No ano seguinte, retornou a Louisville, dando início a sua carreira de professor na Escola *Louisville Boy's High School*. (DA ROS, 2008).

Em 1890, criou sua própria escola, a *Mister Flexner School*, na qual desenvolveu métodos pedagógicos heterodoxos, que foram considerados

vanguardistas para a época. Em 1905, após vender sua escola, iniciou uma pós-graduação na Universidade de Harvard, não concluindo o doutorado. Em seguida, mudou-se para a Europa, onde estudou em Cambridge, na Inglaterra, terminando o equivalente ao mestrado. (FILHO, 2010).

Em 1907, na Alemanha, escreveu seu primeiro livro, *Uma Crítica ao Sistema Educacional dos Estados Unidos*, e o publicou quando retornou à sua terra natal. Esta obra deixou Henry Prichetti, Presidente da Fundação Carnegie, impressionado, levando-o a convidar Flexner a coordenar um estudo de avaliação da educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Outros autores, todavia, creditara esse convite a uma intermediação do irmão mais novo de Flexner, Simon Flexner, um renomado patologista da Universidade de John Hopkins, diretor e um dos fundadores do *Rockefeller Institute for Medical Research*. (*Ibidem*).

Num período de seis meses, Flexner visitou 155 escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, inspecionando instalações, laboratórios, métodos pedagógicos aplicados, levantando subsídios para a publicação do famoso Relatório Flexner, em 1910. (DA ROS, 2008).

Em verdade, o título original do tão propalado relatório é "Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá", conforme se depreende ao examinar o artigo original. O efeito desse relatório foi devastador, culminando no fechamento da maioria das escolas médicas americanas por não terem os critérios mínimos recomendados no relatório. (FLEXNER, 1910).

Sua fama foi meteórica. Em 1912, foi convidado a dirigir o *General Education Board*, uma fundação da família Rockefeller, de caráter filantrópico, que custeou por dez anos o implemento das reformas oriundas das recomendações do Relatório Flexner. Para receber o financiamento, cada instituição de ensino superior cadastrada tinha de adotar os seguintes critérios:

- a) Regime de ciclos (básico e profissional);
- b) Redução do número de alunos por sala;
- c) Dotação de enfermarias de ensino nos hospitais;

- d) Professores com dedicação exclusiva, com a proibição dos docentes de exercerem medicina privada;
- e) Critérios rígidos para a seleção de ingressos. (FILHO, 2010).

Flexner retornou à Europa em 1926, onde realizou estudos semelhantes a um pós-doutorado, sem tê-lo concluído. Em 1930, organizou e dirigiu, até 1939, o Instituto de Estudos Avançados de Princeton, tendo como mantenedores a família Bamberger, com pesquisa em diversas áreas, incluindo economia, matemática e habilidades. Contratou cientistas europeus que fugiam do nazismo, destacando-se dentre eles Albert Einstein. Aposentou-se em 1940 e viveu solitário até 1957, em um hotel em Nova York, quando suas filhas o levaram para *Fall Church*, na Virgínia, onde morreu, aos 92 anos, em 1959. Seu último livro escrito foi uma autobiografia publicada no ano seguinte a sua morte. (DA ROS, 2008).

### **3.6.2 Entendendo o contexto do Relatório Flexner**

Para entender o conteúdo do Relatório Flexner, é mister avaliar o contexto em que foi produzido. A influência da revolução iniciada por Descartes, no século XVIII, sobre a biologia e o pensamento médico, gerou no século XIX o chamado modelo biomédico, o qual é a base conceitual da medicina científica ocidental. A fragmentação cartesiana, ao dicotomizar corpo e mente, promoveu a dissecação do ser humano, reduzindo-o a um amontoado sequencial de órgãos, tecidos, células e moléculas, com o advento da biologia molecular. (CAPRA, 2006).

Notáveis e incontestáveis avanços técnicos e científicos aconteceram como um subproduto desta revolução, no final do século XIX e início do século XX, notabilizando-se os estudos de Pasteur, Bernard. Mais tarde, com a descoberta da penicilina e demais antibióticos, promoveu a mudança no perfil epidemiológico das nosologias mais prevalentes nos países desenvolvidos. Paralelamente a esse notável desenvolvimento da medicina, com foco no indivíduo, houve a introdução de uma visão reducionista,

centrada na doença, desconsiderando os aspectos psicossociais e ambientais. (*Ibidem*).

No início do século XIX, paradoxalmente, apesar do grande desenvolvimento técnico-científico da medicina, imperava-se o caos nas escolas médicas da América do Norte. Não havia controle estatal e os critérios de seleção de ingressantes não eram uniformes, sendo que algumas dessas escolas admitiam estudantes com uma simples entrevista. (FLEXNER, 1910).

As faculdades de medicina se constituíam como verdadeiros feudos autônomos dentro das universidades, sendo que estas não detinham nenhum controle sobre aquelas. Uma das recomendações de Flexner, em seu relatório, foi reintegrar a escola médica à universidade. Tal fato foi ignorado pela maioria dos autores da literatura nacional que publicam artigos sobre educação médica. (FILHO, 2010).

### **3.6.3 Aspectos principais do Relatório Flexner**

O enfoque pedagógico do aprender e do aprender a fazer pode ser observado na página 53 do Relatório Flexner, no qual está escrito: “Uma educação em medicina envolve, tanto o aprender, quanto o aprender como; o estudante não pode efetivamente saber a não ser que ele saiba como.” (FILHO, 2010, p. 2242).

É oportuno lembrar que Flexner era um educador que, durante duas décadas, desenvolvera um método pragmático de ensino em seu colégio, em Louisville, aplicando esses princípios às orientações pedagógicas propostas para as escolas médicas da América do Norte, em essência muito semelhante a metodologias ativas tão propaladas na pedagogia atual. Ele tinha clareza do caráter permanente da educação médica. (FILHO, 2010).

Flexner propôs, como requisito preliminar para a entrada na escola médica, um período de dois anos para que o estudante aprendesse sobre humanidades e ciências básicas da saúde, proporcionando maior maturidade aos pretendentes ao curso de Medicina. Posteriormente, esse período de

estudo, que na língua inglesa é denominado *college*, foi estendido para outros cursos das universidades americanas. (*Ibidem*).

O modelo biomédico centrado na doença, focado no procedimento, tem se constituído no alicerce sociodemográfico do pensamento hegemônico da medicina ocidental, desde meados do século XIX, com a inevitável fragmentação do cuidado, a medicalização da vida e a consequente desconsideração dos determinantes sociais do processo saúde-doença. (CAPRA, 2006).

Erroneamente tem-se atribuído a paternidade do modelo biomédico a Flexner, o que se constitui uma injustiça facilmente detectada através do seu relatório original:

[...] mas a função do médico está se tornando rapidamente social e preventiva mais que individual e curativa [...].  
Sobre ele a sociedade confia para avaliar e através de medidas essencialmente educativas, agir positivamente para produzir o bem estar físico e mental. (FLEXNER, 1910, p. 26).

Ao contrário disso, na página 26 do Relatório Flexner, o autor assevera que o conhecimento das ciências básicas se constituía um requisito mínimo para uma adequada práxis das ciências médicas, sendo necessário ao estudante de Medicina ampliar seus conhecimentos culturais para que o biológico tivesse alguma aplicabilidade na vida real. Para Flexner, a medicina moderna estava caracterizada por uma análise crítica com utilização de pressupostos e teoria. (FLEXNER, 1910).

#### **3.6.4 O impacto e a interpretação do Relatório Flexner no Brasil**

Pode-se atribuir a Eugênio Vilaça Mendes, no Brasil, a adjectivação do modelo biomédico como 'flexneriano', cujos pressupostos são: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, tecnicismo e ênfase na medicina curativa. (FILHO, 2010).

Na literatura brasileira, existe uma confusão de termos, atribuindo-se a Flexner a paternidade do modelo biomédico, cujo início data do século XVII, portanto, anterior à publicação do Relatório Flexner. (*Ibidem*).

No Brasil, a adoção do 'modelo Flexneriano' na educação médica foi patrocinada pelo governo militar na década de 1960, com meio século de atraso em relação a sua publicação, embora tentativas de reformas anteriores fossem preconizadas por docentes da Faculdade de Medicina de São Paulo após estagiarem na Universidade John Hopkins. (LAMPERT, 2009a).

O termo flexneriano é empregado, no Brasil, pejorativamente, como um adjetivo do mal, no sentido de se desconstruir o legado de Flexner para se criar um novo modelo de educação médica. (DA ROS, 2008).

Não é possível desconsiderar que o Relatório Flexner permitiu reorganizar as escolas médicas, dotando-as de mecanismos regulatórios em uma busca incessante pela excelência do preparo profissional dos futuros egressos do curso médico. O uso da racionalidade científica foi salutar no contexto no qual o relatório foi produzido. (LAMPERT, 2009).

Segundo o ponto de vista dos que consideram o legado de Flexner negativo, o relatório: inibiu e aniquilou alternativas de atenção à saúde diferentes do modelo proposto; desconsiderou os determinantes sociais que afetam o processo saúde-doença e preconizou a educação médica centrada no hospital, focada na doença, com dicotomia entre os ciclos básico e profissional, através da fragmentação do ensino em disciplinas que não se comunicam. (DA ROS, 2008).

### **3.6.5 Uma reflexão sobre o legado de Flexner**

O Relatório Flexner deve ser interpretado à luz da época em que foi produzido. Não há como negar as evidências dos aspectos positivos produzidos por ele nos anos seguintes à sua publicação. Decorridos mais de cem anos, obviamente, o modelo proposto por Flexner não mais responde às reais necessidades de saúde da população mundial e do Brasil. (LAMPERT, 2009a).

No decorrer dos anos, houve uma mudança no perfil epidemiológico da população, uma ampliação no conceito de saúde e a introdução do

conceito de promoção de saúde, gerando a necessidade de se construir um novo modelo de educação médica que responda aos anseios sociais, sem desconsiderar os ganhos do modelo educacional proposto por Flexner. (FILHO, 2010).

### 3.7 PROGRAMAS NACIONAIS DE REORIENTAÇÃO CURRICULAR

#### **3.7.1 Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED**

Este programa foi criado pela Portaria Interministerial nº 610, de 26/03/2002. Surgiu do trabalho conjunto dos Ministérios da Saúde e da Educação, visando transformar o processo de formação médica a partir de inovações curriculares, baseadas nas diretrizes curriculares nacionais, com a finalidade de incentivar as escolas médicas do Brasil a melhorarem o ensino, reorientando a formação médica com o objetivo de atender às necessidades de saúde da sociedade. Os objetivos do programa consistiam em:

- a) Promover transformações na educação médica brasileira ao oportunizar a formação de profissionais que atendessem às demandas do SUS;
- b) Estimular a interação entre o SUS e a IES;
- c) Introduzir na formação médica noções do processo saúde-doença;
- d) Direcionar os cenários de prática para unidades básicas de saúde;
- e) Introduzir metodologias ativas como estratégia pedagógica no processo de ensino-aprendizagem. (BRASIL, 2002).

Apresentaram-se cerca de noventa projetos e foram selecionadas vinte faculdades de Medicina, tanto públicas quanto privadas, sendo a FM/UFG uma das IES selecionada, com o projeto fundamentado em uma proposta de um novo Projeto Político Pedagógico do Curso (PPC), visando transformação gradativa do currículo. Os vetores principais do projeto foram a mudança no eixo teórico/prático e a progressiva (des)hospitalização e (des)especialização, aliados à capacitação do corpo docente e de tutores do

quadro técnico do SUS. Buscou-se, no modelo pedagógico, propiciar uma multiplicidade de cenários de prática, incorporando unidades de saúde dos distritos sanitários leste e sudoeste da cidade de Goiânia. (FACULDADE DE MEDICINA/UFG, 2003).

O PROMED contribuiu, de maneira significativa, para a reorganização dos PPC das Faculdades de Medicina do Brasil, redirecionando a educação médica na atenção primária, sobretudo para a estratégia de saúde da família. A proposta desse programa estava estampada no lema uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. (PERIM, 2007).

### **3.7.2 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE I e II**

A aproximação dos Ministérios da Saúde e da Educação tem gerado significativas políticas públicas na área da educação em saúde, no sentido de promover a substituição do modelo tradicional centrado na doença e no hospital. (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho (SGETS), em parceria com o Ministério da Educação, representado pela Secretaria de Educação Superior (SESU), apoiado pela OPAS, criaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional de Saúde através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2101, de 03/11/2005. (*Ibidem*).

O programa proporcionou possibilidades de mudanças curriculares aos cursos nele incluídos, com o objetivo de capacitar docentes com um perfil que caminhasse de encontro às necessidades do SUS e da sociedade brasileira, tendo como eixo norteador as DCN para os cursos de graduação na área de saúde. (PERIM, 2007).

Numa primeira fase, o programa incluiu os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, conhecido como PRÓ-SAÚDE I, e enfatizou a atenção básica com vistas à atuação dos futuros egressos dos referidos cursos na Estratégia de Saúde da Família. Foram contemplados 89

cursos, sendo 38 de Medicina. Em um segundo momento, o programa foi estendido aos quatorze cursos da área de saúde, projeto denominado PRÓ-SAÚDE II, no qual foram selecionados 68 projetos, abrangendo 265 cursos da área de saúde, em um universo de 97.000 alunos. (BRASIL, 2007).

Em linhas gerais, os eixos norteadores do projeto são:

- a) Orientação Teórica – ênfase nos determinantes sociais do binômio saúde-doença;
- b) Cenários de prática–utilização de metodologias ativas, constituindo no aprender fazendo através da problematização;
- c) Orientação Pedagógica – ênfase na atenção básica, foco nas patologias mais prevalentes, trabalho multiprofissional e participação comunitária.

O projeto para ser aceito deveria contemplar:

- a) Um detalhamento claro e preciso da estrutura curricular e dos determinantes sociais envolvendo o processo saúde-doença;
- b) Articulação do ensino-serviço;
- c) Inserção do sistema de referência e contrarreferência e regulação;
- d) Integração do hospital-escola às redes de serviço de saúde locais-regionais;
- e) Critérios definidos de avaliação. (*Ibidem*).

O projeto foi acompanhado por comissão mista e teve como pressuposto básico promover a interação ensino-serviço-comunidade, visando uma reorientação profissional com vistas à integralidade da assistência. (PERIM, 2007).

### **3.7.3 Programa Nacional de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-SAÚDE**

O programa tem como pressuposto básico a educação pelo trabalho. Ele consiste em uma ação intersetorial do programa de reorientação da formação profissional em saúde. O PET-SAÚDE, criado pela Portaria Interministerial nº 1808, de 26/08/2008, tem como fio condutor a integração

ensino-serviço-comunidade, sendo fruto de uma parceria entre a SGETS, SESu e Secretaria de Vigilância em Saúde do SUS, interligando os Ministérios da Educação e da Saúde. (BRASIL, 2008).

Diferente dos programas PROMED e PRÓ-SAÚDE, o PET-SAÚDE inovou ao disponibilizar bolsas para tutores e estudantes. O fator propulsor para a criação do PET-SAÚDE foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que deliberou sobre a integração entre ensino e serviço. (PERIM, 2007).

O programa visa estimular a formação de grupos de tutoria da estratégia de saúde da família. A ideia original do programa foi tornar viável o aperfeiçoamento em serviço de profissionais de saúde e propiciar vivência a estudantes de diversos cursos de saúde. Assim, supriria as demandas do SUS. (BRASIL, 2008).

Os objetivos do PET-SAÚDE são:

- a) Auxiliar o Ministério da Saúde a cumprir o papel de formador de recursos humanos para o SUS;
- b) Fomentar a qualificação de docentes e profissionais da saúde, atrelando a prática profissional a princípios éticos ancorados no papel social da educação superior com foco na ligação indissolúvel entre ensino, pesquisa e extensão;
- c) Promover tutoriais como estratégias de excelência para aprendizagem multidisciplinar;
- d) Auxiliar na efetiva implementação das DCN para os cursos da área de saúde;
- e) Participar da formação de profissional dos estudantes da área de saúde, com o fim de formatar um perfil profissional que atenda às demandas e aos reclames da sociedade;
- f) Situar os profissionais na realidade social vigente;
- g) Prover e promover a fixação de profissionais de saúde nas mais diversas áreas do território nacional.

O PET-SAÚDE oferece bolsas em quatro modalidades:

1. A estudantes da graduação dos cursos de saúde ligados à atenção básica;

2. A tutores e docentes com produção significativa na atenção básica de saúde;
3. A preceptores de estudantes da graduação na estratégia de saúde da família;
4. A preceptores e orientadores de residência de medicina da família.

Cada grupo tutorial é constituído por um tutor acadêmico, seis preceptores e doze monitores. (*Ibidem*).

### 3.8 O PARADIGMA DA INTEGRALIDADE

Novos modelos de assistência às demandas de saúde de uma sociedade requerem a (des)construção e a (re)construção de conceitos. Entende-se a integralidade nos cuidados individual e coletivo, percebendo-se os indivíduos como sujeitos num contexto social, político e histórico, associado a um contexto familiar, ambiental e territorial. (MACHADO, 2007).

A integralidade, num conceito amplo, é concebida como um eixo norteador do SUS e das políticas públicas para o setor de saúde do país. È necessário considerar dois aspectos na construção de um novo paradigma: solucionar problemas que o modelo vigente não conseguiu resolver e manter as conquistas alcançadas pelo mesmo. (LAMPERT, 2009a).

A definição de paradigma, no sentido estrito, não caberia na educação em saúde em geral e, por conseguinte, na educação médica em particular. Porém, de maneira simbólica, o termo paradigma vem sendo empregado na América Hispânica para definir o modelo de educação médica (*Ibidem*).

Destarte, tem sido empregado, na literatura nacional, o termo paradigma flexneriano para designar o modelo biomédico perpetuado pelo sistema hegemônico, ancorado na redução e disjunção cartesiana, que separou o sujeito do objeto: o primeiro avaliado pela filosofia, e o segundo estudado pela ciência. (CAPRA, 2006).

O modelo biomédico, centrado na doença, fragmentou e reduziu o indivíduo a um conjunto de órgãos e sistemas abordados por inúmeras

especialidades e subespecialidades que não se comunicam. Desta forma, separou o homem de seu contexto, produziu a medicalização da vida, gerou grande insatisfação na sociedade e apresentou sinais e sintomas de exaustão, percebidos há cerca de três décadas, propiciando o surgimento de um modelo alternativo. (LAMPERT, 2009a).

O sistema educacional hegemônico do setor saúde tem uma abordagem reducionista, biologicista, centrado na doença, baseado em procedimentos, consequência de uma fragmentação do ensino em disciplinas não comunicantes. (FEUERWERKER, 2004).

Destarte, o modelo biomédico proporcionou a pesquisa, a especialização e um incontestável desenvolvimento da ciência médica, nunca antes experimentado pela humanidade. Conservando essas aquisições, o novo modelo, denominado Paradigma da Integralidade, pretende ancorar a esse conhecimento já adquirido a unidade do sujeito, abordando-o em seu contexto bio-psico-social, englobando os aspectos individual, familiar, territorial e socioambiental, através de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar. O que se deseja é atingir um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. (LAMPERT, 2009a).

Na construção do Paradigma da Integralidade, utiliza-se o conceito ampliado de saúde, envolvendo os aspectos de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, através de uma concepção adequada do processo saúde-doença. O modelo proposto é centrado no indivíduo, e não na doença, e utiliza-se uma abordagem multiprofissional na arte do cuidar. (MACHADO, 2007).

A promoção de saúde é aqui entendida como uma capacidade da coletividade em atuar para melhorar sua qualidade de vida e saúde, sendo ela sujeito ativo na condução do processo saúde-doença e no controle social das políticas públicas nacionais para o setor saúde. Deste modo, os serviços de saúde devem ser centrados no indivíduo a ser cuidado e, assim, vir de encontro às suas demandas e necessidades de saúde. O que se propõe, na realidade, é uma linha de cuidado através da integralidade da assistência em oposição à fragmentação do cuidado do modelo biomédico. (*Ibidem*).

Em suma, a integralidade contrapõe-se aos princípios e práticas assistencialistas do modelo hegemônico, tendo o enfoque primordial voltado para a atenção básica, com o desenvolvimento de ações educacionais no setor saúde, como indutoras de transformações na saúde da comunidade. (LAMPERT, 2009a).

A educação em saúde e, particularmente, a educação médica devem ser pautadas no Paradigma da Integralidade, de acordo com o que foi preconizado pelas diretrizes curriculares nacionais. Deve orientar o processo de ensino-aprendizagem em direção ao protagonismo do estudante, utilizando-se de metodologias ativas, valendo-se de múltiplos cenários de prática e responsabilizando o estudante por sua educação permanente, a qual não se encerra na graduação, porém se estende por toda sua vida profissional. (MARANHÃO, 2012).

A integralidade deve ser compreendida como uma interligação equilibrada entre ações e serviços, tanto preventivos quanto curativos, seja na esfera coletiva ou individual, envolvendo todos os níveis do sistema de saúde. (MACHADO, 2007).

O termo integralidade, no setor saúde, pode ser usado em três sentidos distintos, quais sejam:

1. Ligada às políticas públicas, visando solucionar as necessidades de saúde da sociedade (macropolítica);
2. Utilizada no sentido organizacional dos serviços de saúde, como um atributo do SUS (micropolítica);
3. Nas práticas de saúde e na formação do profissional de saúde, englobando aspectos de educação em saúde. (HIGA, 2012).

Ao se adotar o princípio da integralidade na formação profissional do médico, contribui-se para uma mudança significativa na capacitação destes profissionais. Eles terão um novo olhar sobre o indivíduo a ser cuidado, deixando de vê-lo apenas como um doente ou como um portador de uma doença, antes, porém, percebendo-o como um ser necessitado de cuidados e sujeito de sua própria história. (GOMES, 2012).

Na formação médica, ao se adotar o modelo da integralidade, objetiva-se substituir a crescente medicalização da vida pela atenção integral ao indivíduo a ser cuidado. Na educação médica, o termo integralidade é empregado como sinônimo de totalidade, buscando formar um médico generalista, capacitando-o para atuar nos distintos níveis de complexidade do sistema, de acordo com o pretendido pelas DCN. (HIGA, 2012).

Contudo, há de se ter uma clara noção de que nenhum profissional de saúde, de maneira isolada, dará conta de todas as demandas e necessidades de saúde, devendo, necessariamente, o estudante de medicina aprender a trabalhar numa equipe multiprofissional de saúde com a finalidade precípua da otimização do cuidado, para alcançar a integralidade da assistência. (FEUERWERKER, 2004).

Segundo Lampert (2009a), a integralidade precisa estar atrelada ao desenvolvimento técnico-científico, com a junção dos saberes, tendo como meta o tratamento do sujeito, e não do objeto (doença), oferecendo um cuidado com qualidade, equidade, efetividade e eficiência, vislumbrando o ser humano como um todo indivisível, sujeito de sua própria história, com autonomia para participar da gestão do cuidado de sua própria saúde.

É mister uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o firme propósito de se conseguir a integralidade na formação dos profissionais de saúde, a fim de que o setor educacional cumpra o seu papel no preparo dos estudantes e, através da parceria com o Ministério da Saúde, insira os educandos no mundo do trabalho, qualificando-os para o exercício profissional. (FEUERWERKER, 2004).

### 3.9 O MUNDO DO TRABALHO

Entende-se por mundo do trabalho uma somatória de fatores que abarcam tanto as atividades humanas do trabalho quanto suas complexas interações com o ambiente, cenário privilegiado onde o trabalho acontece, bem como as relações institucionais e suas normas prescritivas que permeiam as relações laborais. (FIGARO, 2008).

Existe uma peculiaridade no trabalho em saúde, pois este, dentro da definição marxista, não produz bem material algum, embora se utilize da mais valia para gerar acúmulo de capital. (*Ibidem*).

O mundo do trabalho tem experimentado drásticas mudanças, requerendo dos futuros egressos uma conduta profissional, baseada em competências, habilidades e atitudes. Por isso, as escolas médicas devem atentar-se para tais transformações da contemporaneidade e contemplar, nos seus projetos políticos pedagógicos, as mudanças necessárias para se adequarem a esse novo tempo. (LAMPERT, 2009b).

A fragmentação cartesiana do saber ocasionou uma notável revolução tecnológica, trilhando a via da especialização com uma inevitável explosão de especialidades médicas com volatilidade nas verdades científicas. Estas requerem um constante aprimoramento na área de atuação específica, o que ocasiona a necessidade imperiosa de trabalho em equipe dos profissionais médicos. (CAPRA, 2006).

A complexidade do mundo do trabalho decorre das suas tensões sociais no ambiente em que ele é realizado por divergências de interesses entre os diversos atores sociais envolvidos, onde cada um destes apresenta uma busca constante pelo discurso hegemônico. A complexidade no setor de saúde se amplia mais ainda porque, além das atividades materiais do trabalho, existem os processos sociais que procuram dar forma e sentido no tempo e no espaço. (FIGARO, 2008).

Dentro desse contexto, o mercado de trabalho médico é resultante da equação entre a necessidade da sociedade e a necessidade dos profissionais habilitados para exercer a profissão médica. Portanto, tem-se toda a sequência requerida por uma profissão, qual seja: a produção do trabalho médico através da formação de profissionais habilitados para exercerem a medicina, com a conseqüente produção de serviços de saúde em um cenário privilegiado para a prática profissional. (LAMPERT, 2009b).

Infelizmente, a educação médica não consegue, na maioria das vezes, formar recurso humano que se adeque às reais demandas da população. A fragmentação do cuidado ao paciente em especialidades e

subespecialidades, utilizando-se de tecnologias sofisticadas, com aparelhos de última geração, gera demandas que nem sempre encontram as reais necessidades de saúde da sociedade, ocasionando frustração de expectativas das pessoas que utilizam o serviço de saúde público ou privado. (*Ibidem*).

A exploração da mão de obra de profissionais médicos gera capital e consequente enriquecimento das indústrias produtoras de tecnologia médica e da indústria farmacêutica, bem como do setor empresarial de medicina de grupo. (FIGARO, 2012).

Em países ocidentais, incluindo no Brasil, persiste-se uma forte tendência a uma crescente mercantilização da profissão médica, com custos cada vez mais elevados dos procedimentos, contrastando com o cenário iníquo. Trata-se de um cenário representado pela inacessibilidade da maior parte da população a esses recursos técnico-científicos da medicina moderna, sendo estes destinados às camadas mais abastadas da sociedade. (FEUERWERKER, 2004).

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, ocorreu uma introdução massiva de sofisticados equipamentos de diagnósticos e terapêuticos. Isso culminou na bipartição entre medicina liberal de consultórios e medicina hospitalocêntrica, financiada pelo estado, com juros subsidiados, promovendo o surgimento de grandes corporações médicas hoje hegemônicas na medicina privada brasileira. (LAMPERT, 2009a).

Por outro lado, entre 1970 e 1990, de acordo com Feuerwerker, dois acontecimentos principais no setor saúde, a saber, a criação do SUS e a descentralização das ações, levaram ao aumento da oferta de empregos públicos em regime de assalariamento. Ao mesmo tempo, surgiram as cooperativas médicas e a formação da medicina suplementar com o surgimento dos convênios como intermediadores do trabalho médico. (*Idem*, 2009b).

No final do século XX e nas primeiras décadas do presente século, a prática médica tem passado de liberal – na qual o médico escolhe o lugar onde trabalha e quanto pretende ganhar pelos serviços prestados – para um sistema de assalariamento, através da intermediação dos convênios e do

estado sobre os serviços médicos. Em essência, o sistema de saúde no Brasil constitui-se um emaranhado complexo, dividido em três subsetores: público, privado e o da medicina de convênios e seguros. (LAMPERT, 2009a).

Em razão dessa complexidade e fragmentação do setor de saúde no Brasil, a maior parte dos profissionais médicos possui atuação tanto no setor público quanto no privado, com multiplicidade de vínculos. É uma jornada de trabalho extenuante, superior a cinquenta horas semanais, sendo que um em cada três médicos tem três vínculos empregatícios, e um terço possui mais de três postos de trabalho. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Estudos têm demonstrado uma distribuição desigual de médicos nas diferentes regiões do Brasil, com maior adensamento de profissionais nas regiões sul e sudeste, que contam com o dobro de médicos/1000 habitantes do que nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, exceto o Distrito Federal. (BARATA, 2006).

As capitais detêm duas vezes mais médicos proporcionalmente do que o interior, considerando o mesmo estado da federação. Essa diferença sobe para 400% quando se compara a concentração de médicos numa capital das regiões sul e sudeste com uma cidade longínqua num dos rincões dos estados pobres da federação das regiões norte e nordeste. (PÓVOA; ANDRADE, 2006).

Segundo dados obtidos do Conselho Federal de Medicina, o quantitativo em atividade no Brasil, em outubro de 2012, totalizou 380.015 profissionais, com a projeção de atingir a cifra de 400.000 no corrente ano, atingindo a razão de dois médicos/1.000 habitantes.

Em 1970, havia 58.994 profissionais da medicina no país, contabilizando um crescimento de 557,72% no total de médicos no Brasil. Nesse mesmo período, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira experimentou um crescimento na ordem de 101,84%. (IBGE, 2009).

Esse crescimento exponencial do quadro de médicos no Brasil é multicausal, destacando-se o aumento do número de postos de trabalho – ocasionado tanto pela consolidação do SUS quanto pela ampliação do setor

privado da medicina complementar –, bem como da abertura indiscriminada de novos cursos de medicina. Assim, o Brasil assumiu a segunda posição no *ranking* mundial em relação ao número de faculdades de medicina de cada país. (LAMPERT, 2009b).

A razão médico/1.000 habitantes, muito utilizada para justificar algumas políticas públicas no setor de saúde no país, vem apresentando um aumento significativo, passando de 1,15 médicos por 1.000 habitantes em 1980 para 1,91 médicos por 1.000 habitantes em 2010. A aceleração desse crescimento, nos últimos anos, atingiu 2 médicos por 1.000 habitantes em 2012, sendo que a taxa de crescimento do quantitativo de médicos tem sido sempre maior do que a taxa de crescimento da população brasileira. (PÓVOA; ANDRADE, 2006).

Em 2009, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), os novos registros apontam para uma maioria de mulheres inscritas em relação ao número de homens no mesmo período. Em razão disso, a partir de 2011, no grupo de médicos com faixa etária inferior a 30 anos, a maioria dos registros profissionais é de mulheres, totalizando 54,5%, em comparação aos homens com 45,5% nessa mesma faixa etária. O crescimento progressivo do número de médicas no país demonstra que o Brasil segue uma tendência mundial da feminização da profissão médica, ocorrida em vários países do mundo, como nos Estados Unidos, no Canadá e na Inglaterra (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Nos últimos cinco anos, a diferença entre o quantitativo de médicos ingressantes no mercado de trabalho e o número de médicos que deixaram o mundo do trabalho foi de 35.616, sendo que, no ano de 2012, houve 16.227 registros profissionais. Esse aumento significativo do ingresso anual de médicos no mundo do trabalho, aliado à longevidade da atuação profissional e à multiplicidade de vínculos, está levando a uma concentração de médicos nos grandes centros urbanos. (BARATA, 2006).

A média nacional da razão médico/1.000 habitantes é de dois profissionais por cada 1.000 habitantes. Porém, nas regiões norte e nordeste, caem 50%, contrastando com as regiões sul e sudeste, onde o

pico máximo atingido é de 2,6 médicos por 1.000 habitantes, e no Distrito Federal (DF) atinge a cifra de quatro médicos por 1.000 habitantes. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

De acordo com dados de Assistência Médico-Sanitária do IBGE de 2009, o número de postos de trabalho ocupados por profissionais médicos em estabelecimentos de saúde, no referido ano, foi de 636.421, sendo maior que o número total de médicos inscritos no CFM, explicado pela multiplicidade de vínculos desses profissionais. (IBGE, 2009).

A média nacional é de 3,3 postos de trabalho ocupados por cada 1.000 habitantes, sendo que o Estado de Goiás está abaixo dessa média, com 2,6 postos ocupados por grupos de 1.000 habitantes. De acordo com registro do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), 55% do total de médicos ativos no país atuam no SUS, seja na esfera municipal, estadual e federal. Cerca de 2/3 dos médicos registrados trabalham tanto no sistema público quanto no privado. (PÓVOA; ANDRADE, 2006).

A continuar o ritmo de crescimento populacional e o quantitativo anual de egressos dos cursos de Medicina, o país vai atingir, em 2020, a cifra de 500.000 médicos, com uma população estimada de 207 milhões de habitantes, projetando uma razão médico/1.000 habitantes de 2,41/1.000, atingindo a razão de 2,50 profissionais/1.000 habitantes em 2022. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Os médicos constituem maioria no grupo de trabalhadores de saúde de nível superior. A desigualdade regional na distribuição de médicos está intimamente ligada à estruturação deficiente dos serviços de saúde, tanto público quanto privado. Nas cidades mais afastadas dos grandes centros, principalmente nos estados mais pobres da federação, existe uma relação direta entre a presença de um serviço de saúde bem estruturado e o processo de fixação do médico naquela localidade, bem como a presença de outros profissionais de saúde de nível superior, sobretudo de enfermeiros e odontólogos. (CAMPOS; MACHADO; GIRARD, 2009).

Em relação às especialidades médicas, são reconhecidas pelo CFM cinquenta e três especialidades. No ano de 2012, de acordo com os dados de

registro profissional do CFM, 53,57% dos médicos registrados são especialistas, e 46,43% são generalistas. A região sudeste concentra 56% do total de médicos do país, tendo 1,09 especialistas para cada generalista, sendo a média nacional de 1,15 especialistas para cada generalista. De acordo com o CFM, o termo médico generalista refere-se ao profissional médico, regularmente inscrito no Conselho, que não possui título formal de especialista e atua prioritariamente na atenção primária. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Em relação à especialização via residência médica, existe um grande funil no final da graduação médica, sendo disponíveis apenas 10.000 vagas para mais de 16.000 egressos, engrossando o número de profissionais que a cada ano não conseguem continuar sua formação profissional na pós-graduação e forçosamente ingressam no mundo do trabalho, sem um adequado preparo para o exercício da medicina devido à falta de terminalidade do curso de graduação em medicina. (LAMPERT, 2009b).

## **4 MÉTODOS**

---

### **4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Estudo quantitativo descritivo.

### **4.2 DEFINIÇÃO DO OBJETO**

Foram estudadas as expectativas de prática profissional dos discentes do internato.

### **4.3 UNIDADE DE ANÁLISE**

#### **4.3.1 Universo**

Estudantes de medicina da FM/UFG inseridos no internato no ano letivo de 2012. A população estudada foi constituída de 222 alunos regularmente matriculados, segundo listagem fornecida pela coordenação de curso da instituição, que cumpriam os dois últimos anos da graduação e todos eles cumpriam o internato em 2012. Destes, 50% cursavam o 5º ano e os outros 50% o 6º e último ano da graduação.

#### **4.3.2 Amostra**

A amostra de conveniência foi composta por todos os sujeitos da população que concordaram em participar do estudo.

### **4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao

Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da UFG, tendo sido aprovado com o Parecer de nº 15661, de 26.04.2012. Os sujeitos que concordaram voluntariamente em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo os critérios éticos para o desenvolvimento do projeto.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário autoaplicável, contendo vinte e duas perguntas divididas em duas partes. A Parte I abordou o perfil sociodemográfico e a Parte II as expectativas de prática profissional e a percepção do curso de Medicina pelo discente. O questionário foi analisado previamente pelo Grupo de Apoio à Pesquisa (GAP) do Departamento de Ginecologia da UFG, composto por três professores.

Somente após aprovação do projeto no CEP deu-se início a um pré-teste com um grupo de cinco discentes do 4º ano da FM/UFG que não participaram da pesquisa. Eles sugeriram mudanças na redação de duas perguntas (perguntas 5 e 6 da parte II), que foram acatadas.

O questionário foi entregue a todos os discentes do internato, na forma impressa, em um envelope não identificado, contendo duas vias do TCLE e uma carta-convite da instituição, ressaltando o caráter voluntário da participação. Foi estipulado um prazo de 30 dias para entrega do questionário respondido, que deveria ser colocado dentro do envelope não nominado e devolvido ao pesquisador com uma das vias do TCLE assinada. Decorrido o prazo estipulado, os discentes que não responderam o questionário receberam o mesmo material por meio eletrônico, com instruções de como participar por via eletrônica, caso desejassem assim fazê-lo.

#### 4.6 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Todos os discentes que assinaram o TCLE e responderam o Questionário.

#### 4.7 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Todos os discentes que se recusaram a participar da pesquisa e/ou não entregaram o questionário respondido com o TCLE assinado, seja por via impressa e ou eletrônica.

#### 4.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, mediante a distribuição de frequência simples e percentual em planilhas Excel com cálculos de intervalos de confiança.

A hipótese de pesquisa foi testada com o uso do Teste do Sinal, um teste não paramétrico, que é usado para avaliar duas categorias numéricas, quando a população não tem distribuição normal e não há grupo controle.

## 5 RESULTADOS

Responderam ao questionário 190 discentes do internato do Curso de Medicina/UFG representando 85% do universo de análise, sendo 103 do 6º ano (54%) e 87 do 5º ano (46%). O perfil sociodemográfico é demonstrado na Tabela 1.

Dos entrevistados, 133 discentes (70%) afirmaram ter carro próprio. Em relação a parentes médicos, 117 discentes (61,5%) declararam ter algum parente médico e 32 (16,8%) são filhos(as) de médico(a).

**Tabela 1. Caracterização do Perfil Sociodemográfico dos Discentes do Internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>	
			<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Série</b>				
5º Ano	87	46,0	0,387	0,529
6º Ano	103	54,0	0,471	0,613
<b>Sexo</b>				
Masculino	102	53,7	0,466	0,608
Feminino	88	46,3	0,392	0,534
<b>Estado civil</b>				
Casado	10	5,3	0,021	0,084
Solteiro	180	94,7	0,916	0,979
<b>Tem filhos</b>				
Sim	03	1,6	0,001	0,041
Não	187	98,4	0,966	1,002
<b>Idade (Anos)</b>				
20 - 25	129	67,9	0,613	0,745
25 - 30	61	32,1	0,255	0,387
<b>Renda familiar (SM)*</b>				
1 a 5	18	9,5	0,053	0,136
6 a 10	47	24,7	0,186	0,309
11 a 15	35	18,4	0,129	0,235
16 a 20	25	13,2	0,084	0,180
Acima de 20	65	34,2	0,275	0,410
<b>Carro próprio</b>				
Sim	133	70	0,635	0,765
Não	57	30	0,235	0,365
<b>Filho(a) de médico(a)</b>				
Sim	32	16,8	0,115	0,222
Não	158	83,2	0,778	0,885
<b>Parente médico</b>				
Sim	117	61,5	0,547	0,685
Não	73	38,5	0,315	0,453

\*SM – Salário Mínimo

Houve predominância do sexo masculino com 53,7% de homens em relação ao sexo feminino que compreendeu 46,3% da amostra. Dos indivíduos amostrados, 94,7% eram solteiros, com média de idade de 23,8 anos e 98,4% dos discentes não tinham filhos, sendo que 34,2% dos sujeitos de pesquisa pertencem a famílias com renda superior a 20 salários mínimos e 31,6% com renda familiar entre 11 e 20 salários mínimos.

Quanto ao perfil das expectativas de prática profissional dos discentes, sumarizado na Tabela 2, a pesquisa revelou que 159 discentes, perfazendo 83,7% dos futuros egressos, estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ), desejam ser especialistas, ao passo que 23 discentes (12,1%) expressam o desejo de serem médicos generalistas.

**Tabela 2. As Expectativas de Prática Profissional na Perspectiva de Discentes do Internato de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012**

VARIÁVEIS	n	%	IC (95%)	
			Mínimo	Máximo
<b>Perfil do futuro egresso</b>				
Generalista	23	12,1	0,075	0,167
Especialista	159	83,7	0,784	0,889
Não Opinou	8	4,2	0,014	0,071
<b>Pretensão de cursar residência médica</b>				
Sim	183	96,3	0,936	0,990
Não	2	1,0	-0,004	0,025
Indeciso	5	2,7	0,004	0,041
<b>Escolha da especialidade</b>				
Sim	111	58,4	0,514	0,654
Não	10	5,3	0,021	0,084
Indeciso	69	36,3	0,295	0,432
<b>Pretende trabalhar na ESF</b>				
Sim	55	28,9	0,225	0,354
Não/Só se não passar na Residência Médica	135	71,1	0,646	0,775
<b>Pretensão futura de trabalho</b>				
Somente no Sistema Público	5	2,6	0,004	0,049
Somente no Sistema Privado	15	7,9	0,041	0,117
Tanto no Público como no Privado	170	89,5	0,851	0,938

Do total de pesquisados, 183 (96,3%) pretendem fazer residência médica, com significância estatística ( $p=0,0001$ ), e apenas dois (1%) não desejam fazer residência, sendo que cinco discentes (2,7%) estão indecisos quanto a cursar ou não a residência médica. Dentre os discentes que

desejam cursar a residência médica, 111 (58,4%) já elegeram a especialidade, sendo estatisticamente significativa ( $p=0,005$ ).

Após se formarem, 135 discentes (71,6%) não pretendem trabalhar na Estratégia Saúde da Família, sendo estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ). Em relação à pretensão futura de trabalho, 170 indivíduos da amostra (89,5%) manifestam o desejo de trabalhar, tanto no sistema público quanto no privado.

A percepção do Curso de Medicina da FM/UFG pelos discentes do internato, sintetizada na Tabela 3, aponta que 148 (77,9%) não conhecem ou conhecem superficialmente as DCN do curso e o PPC, ao passo que 42 discentes (22,1%) afirmam conhecê-los.

**Tabela 3. Percepção do Curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás pelos Discentes do Internato. Goiânia, 2012**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>	
			<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Conhecimento das DCN do curso e do PPC</b>				
Sim	42	22,1	0,162	0,280
Não/Superficialmente	148	77,9	0,720	0,838
<b>Percepção da Educação Médica na FM/UFG</b>				
Centrada na atenção básica	39	20,5	0,148	0,263
Centrada no hospital	139	73,2	0,669	0,793
Não opinou	12	6,3	0,029	0,098
<b>Cenários de prática favorecem a formação na atenção básica</b>				
Sim	84	44,3	0,371	0,513
Não/Parcialmente	106	55,7	0,487	0,629
<b>Cenários de prática favoráveis à prática médica humanista</b>				
Sim	98	51,6	0,445	0,587
Não/Parcialmente	92	48,4	0,413	0,555
<b>Contribuição docente para a prática generalista</b>				
Sim	71	37,3	0,305	0,442
Não	22	11,6	0,070	0,161
Direcionado para especialista	97	51,1	0,430	0,580
<b>Grau de satisfação com o curso (Escala Likert)</b>				
1	1	0,5	0,005	0,016
2	10	5,3	0,021	0,084
3	54	28,5	0,220	0,348
4	112	58,9	0,520	0,659
5	13	6,8	0,033	0,104

A educação médica na FM/UFG, na perspectiva discente, é percebida como hospitalocêntrica por 139 discentes, equivalentes a 73,2% do total da

amostra, o que é estatisticamente significativo ( $p = 0.0001$ ), enquanto que 39 (20,5%) consideram o curso centrado na atenção básica, e 12 (6,3%) não responderam a questão.

Quanto à percepção dos cenários de prática como facilitadores da formação profissional da atenção básica, 84 discentes (44,3%) os consideram favoráveis, ao passo que 106 discentes (55,7%) consideram que tais cenários contribuem apenas parcialmente ou não favorecem a formação profissional na atenção básica.

Os cenários de prática disponibilizados pela instituição durante a graduação são percebidos como favoráveis à prática médica humanista por 98 discentes (51,6%), enquanto que 92 (48,4%) não percebem tais cenários como favoráveis.

A contribuição docente para a prática generalista é percebida por 71 discentes (37,3%), enquanto que 97 entrevistados (51,1%) percebem que o docente direciona o discente para a formação de médico especialista.

O grau de satisfação com o curso, avaliado pela escala Likert de 5 pontos, demonstrou que 125 alunos (65,7%) estão satisfeitos com o curso, sendo que, destes, 13 (6,8%) afirmam estar totalmente satisfeitos.

## 6 DISCUSSÃO

---

Para uma melhor compreensão, os resultados foram analisados em três eixos temáticos principais: o perfil sociodemográfico da amostra, as perspectivas de prática profissional e a percepção do curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás pelos discentes do internato.

### I – O perfil sociodemográfico

Os achados do perfil sociodemográfico da presente pesquisa encontra paralelo na literatura nacional. A média de idade de 23,8 anos dos discentes do internato da FM/UFG é comparável com os dados obtidos na pesquisa de Oliveira e colaboradores (2008), que também empreenderam um estudo envolvendo discentes do internato de seis cursos de medicina de faculdades públicas e privadas, onde encontraram uma média de idade entre 23 e 25 anos.

Pode-se inquerir que essa faixa etária do futuro egresso constitui em um obstáculo ao início da atuação profissional, a qual requer grandes responsabilidades, o que nem sempre é possível de assumir quando se é muito jovem.

A prevalência de solteiros (94,7%) e sem filhos (98,4%) equivale aos dados obtidos por Fiorotti *et al.* (2010), o qual pesquisou o perfil sociodemográfico de discentes do internato do curso de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo e encontrou 98,7% de solteiros e 98,3% de discentes sem filhos.

Tais achados podem ser explicados por ser o curso de medicina de longa duração, de período integral, com carga horária semanal exaustiva, não permitindo ao cursante ter uma atividade laboral, sendo custeado pela família durante o período da graduação, o que sugere a maior ocorrência de discentes solteiros e sem filhos.

Em relação à distribuição da amostra por sexo, identifica-se a predominância de homens (53,7%) em relação às mulheres, que perfazem 46,3% da amostra. De acordo com o Relatório da Coordenação do Curso de Medicina da FM/UFG, o quantitativo total de discentes matriculados do 1º ao 6º ano do curso de graduação em medicina em 2012, distribuído por sexo, perfaz um total de 362 homens (58%) e 313 mulheres (42%). Esses dados diferem dos apresentados por outras pesquisas realizadas em diversas escolas médicas no Brasil (FERREIRA, 2000; FIOROTTI, 2010; OLIVEIRA, 2011), que apontam a prevalência de mulheres em relação aos homens.

É notável no panorama nacional e internacional a tendência à feminização da profissão médica. Dados publicados pelo CFM, em 2012, apontam que as mulheres já são maioria nos registros de profissionais com idade inferior a 29 anos, conforme se percebe na Tabela 4 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

**Tabela 4**

<b>Médicos brasileiros em atividade, segundo idade e sexo – Brasil, 2012</b>					
<b>Idade</b>	<b>Feminino</b>	<b>(%)</b>	<b>Masculino</b>	<b>(%)</b>	<b>Total</b>
≤ 29 anos	27.831	54,50	23.239	45,50	51.070
30 - 34 anos	28.170	47,42	31.234	52,58	59.404
35 - 39 anos	20.534	44,03	26.099	55,97	46.633
40 - 44 anos	17.581	46,70	20.069	53,30	37.650
45 - 49 anos	17.044	44,96	20.865	55,04	37.909
50 - 54 anos	15.372	42,28	20.986	57,72	36.358
55 - 59 anos	14.107	36,95	24.071	63,05	38.178
60 a 64 anos	10.041	28,10	25.686	71,90	35.727
65 a 69 anos	3.900	20,14	15.466	79,86	19.366
≥ 70 anos	3.401	13,76	21.317	86,24	24.718
Total	157.981	40,82	229.032	59,18	387.013

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2012.

O elevado perfil socioeconômico demonstrado nessa pesquisa em que cerca de 2 em cada 3 discentes (65,8%) tem renda familiar superior a dez salários mínimos e 34,2% declararam possuir renda familiar superior a vinte salários mínimos são similares aos resultados obtidos por Oliveira (2011) em

um estudo envolvendo 1.004 discentes de treze escolas médicas, de seis estados diferentes, incluindo a FM/UFG, no período compreendido entre 2004 e 2007, onde 90% dos entrevistados declararam possuir renda familiar superior a dez salários mínimos e 44% dos discentes afirmaram ter renda familiar superior a vinte salários mínimos.

A literatura nacional aponta que o caráter elitista dos cursos de Medicina no Brasil vem se perpetuando há décadas. (FERREIRA, 2010). É inegável que os discentes do curso de graduação em medicina constitui-se em um grupo diferenciado no meio universitário, com nível socioeconômico superior aos demais cursos da comunidade universitária (FIOROTTI, 2010).

Essa elitização do curso de graduação em medicina pode ser explicada por uma multiplicidade de fatores, dentre os quais se destacam a forte pressão de seleção para o ingresso, proliferação de escolas médicas particulares com mensalidades exorbitantes, que constituem a maioria dos cursos de graduação em medicina no país.

Acerca dos antecedentes familiares, a pesquisa aponta que 16% dos discentes são filhos de médico(a) e 61,5% dos amostrados afirmaram ter pelo menos um parente médico na família. É razoável inferir que a inserção na corporação médica tem um menor grau de dificuldade quando se tem um parente médico. Esse é um dado relevante que carece de estudos específicos para uma melhor compreensão desses achados.

O ingresso na universidade vem ocorrendo em uma idade cada vez mais precoce, muitas vezes acompanhado de imaturidade para a escolha da profissão e a decisão de cursar medicina pode ser influenciada por um membro da família bem sucedido na profissão médica.

## II - As perspectivas de prática profissional

A tendência para a especialização encontrada nessa pesquisa (83,7%) é inequívoca na medicina contemporânea, no Brasil e no mundo, bem como a tendência precoce para a especialização observada durante a graduação, onde 58,8% já escolheram a especialidade a ser cursada.

Pesquisas realizadas com discentes do curso médico de diversas universidades brasileiras atentam para uma tendência precoce para a especialização durante a graduação, dado que é corroborado através do estudo de Ribeiro (2011), em que se constatou que a maioria dos discentes pretende fazer uma especialidade e não querem atuar como médicos generalistas.

Apenas 12,1% dos discentes da pesquisa realizada expressam o desejo de serem generalistas. Esse achado encontra paralelo com a literatura nacional, que aponta o baixo interesse de discentes em serem esse tipo de médicos. (OLIVEIRA, 2011).

O baixo interesse de discentes pela prática médica generalista foi também identificado através de estudos em outros países. (TANDJUNG, 2013).

Um estudo realizado na Austrália por Shadbolt (2009) demonstrou que os discentes têm baixo interesse em serem médicos generalistas, pois associam essa prática com o baixo reconhecimento profissional e um conceito diminuído entre os pares, além das dificuldades de progressão na carreira, valores esses muito apreciados e almejados pela corporação médica. (BORGES, 2005).

No entanto, de acordo com o CFM, existem no Brasil 388.015 médicos, sendo 53,57% especialistas e 46,43% generalistas. O termo generalista é aqui empregado para designar o médico que não tem especialidade e trabalha na atenção primária.

A pretensão de cursar a residência médica é o desejo manifesto de 96,3% do universo pesquisado. Esses dados são similares aos encontrados por Ferreira (2000), onde os resultados da sua pesquisa demonstraram que 97% dos entrevistados desejam cursar residência médica. É oportuno salientar que essa pesquisa envolveu mais de 500 discentes de uma das melhores universidades públicas brasileiras e foi realizada há cerca de quinze anos, cujos resultados são idênticos ao da pesquisa em questão.

A pretensão de trabalhar na ESF é nominada por 28,9% dos discentes pesquisados. Considerando que a ESF é a principal política pública de saúde

vigente no Brasil, no sentido de reorientar o atendimento na lógica da integralidade, percebe-se uma dissonância entre as expectativas do discente e o perfil requerido pelas diretrizes curriculares nacionais, que caminha de encontro às necessidades dos serviços de saúde e da sociedade brasileira. Estes são resultados semelhantes aos descritos por Oliveira (2011).

Ao analisar os resultados, percebe-se que trabalhar na ESF constitui um plano alternativo provisório, pois a atenção básica é encarada pela maioria dos futuros egressos como um local temporário de trabalho a ser usado somente no caso de não aprovação no concurso de residência médica, confirmando o baixo interesse dos futuros egressos em trabalhar na atenção primária. (RIBEIRO, 2011).

A intenção de trabalhar nos setores público e privado é apontada por 89,5% dos pesquisados, o que encontra paralelo em pesquisas similares envolvendo discentes de outras IES. (OLIVEIRA, 2008).

Esse achado pode ser explicado pelo mundo do trabalho, a partir de dados da publicação denominada Demografia Médica, coordenada pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), onde se observa que 70% dos médicos trabalham tanto no sistema público, quanto no privado. Os discentes tendem a reproduzir os modelos dos docentes médicos com os quais conviveram durante o período de graduação do curso. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

O fato da maioria dos discentes expressarem o desejo de trabalhar nos sistemas público e privado confirmando os registros do CFM, pode ser explicado pelo desejo dos futuros médicos de possuírem um vínculo empregatício que lhes proporcione a segurança de uma renda fixa, ao mesmo tempo em que intencionam laborar na iniciativa privada, a fim de desenvolver uma atividade profissional autônoma, algo bem presente no ideal imaginário da corporação médica.

### III - A percepção do curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás pelos discentes do internato

Um considerável percentual de discentes (77,9%) da amostra da pesquisa afirmaram não ter conhecimento adequado das DCN e do PPC, o que encontra paralelo na literatura nacional, constitui-se num descompasso entre o que se propõe nas DCN e no PPC e o que é efetivamente realizado na formação médica. (OLIVEIRA, 2011).

Decorridos dez anos da implantação do PPC, que previa a (des)hospitalização e a multiplicidade de cenários, observa-se que 73,2% dos discentes consideram, ainda, o curso hospitalocêntrico, o que configura uma clara dissonância com o pretendido pelas DCN e pelo PPC, que preconizam um curso com múltiplos cenários de prática voltado prioritariamente para a atenção primária. (BRASIL, 2001).

Paralelamente, a maioria dos entrevistados (55,47%) percebe que os cenários de prática oferecidos pela instituição não são favoráveis à formação profissional na atenção básica. Esses resultados são similares aos relatados na literatura, que considera a dissociação entre ensino e serviço o principal fator responsável pela perpetuação do modelo hospitalocêntrico. (FIOROTTI, 2010).

É interessante perceber que cerca de metade dos discentes (51,5%) percebe o cenário de prática oferecido pela instituição durante o curso médico como favoráveis à prática médica humanista. A oferta de múltiplos cenários é fruto da implantação do atual PPC norteado pelas DCN. Toda a escola médica deve almejar inserir o discente nos cenários de prática, como sujeitos ativos no processo de cuidado dos indivíduos que procuram o serviço de saúde, para que haja um aprendizado significativo na busca de respostas ao sofrimento humano nas suas demandas de saúde. (GOMES, 2012).

Segundo Oliveira (2011), múltiplos cenários de prática não se restringem a estágios em centros de saúde de caráter utilitário; o que deve haver é um envolvimento do estudante e do corpo docente com a

comunidade e com os serviços de saúde, na busca incessante pela interação ensino-serviço-comunidade.

A maioria dos discentes da pesquisa (51,1%) considera que os professores são tendenciosos no sentido de influenciá-los a um direcionamento precoce rumo à especialização.

Segundo Costa (2012), a capacitação docente é fundamental para o sucesso da implementação das mudanças preconizadas pelas DCN, sendo que o professor deve atuar como um facilitador da aprendizagem de seus alunos, inclusive adequando-se ao novo modelo de ensino-aprendizagem centrado no aluno, visando criar no futuro egresso uma capacidade crítica e reflexiva, que é requerida do profissional de saúde. A constatação de que há professores resistentes e indiferentes às mudanças constituem um fator limitante à efetivação de reforma curricular. (RIBEIRO, 2011).

As escolas médicas reproduzem a lógica da sociedade na qual estão inseridas, marcada pela desigualdade e perpetuação dos privilégios das classes socialmente favorecidas. (FEUERWERKER, 2004).

O modelo de médico idealizado pela corporação, propagado pela mídia, instigado pelas indústrias de alta tecnologia e farmacêutica, de um médico altamente especializado, bem sucedido, pertencente à elite da sociedade, é contrário ao perfil pretendido pelas DCN, requisitado pelos serviços de saúde e que atendam às demandas das pessoas e da coletividade. (*Idem*, 2001).

O hiato existente entre as expectativas de prática profissional dos futuros egressos do curso de graduação em medicina e as necessidades de saúde da sociedade brasileira tem no mundo do trabalho o epicentro desse descompasso. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Portanto, os pesquisadores interessados em educação médica têm procurado pesquisar o perfil dos discentes no sentido de se procurar modelos de ensino-aprendizagem que sejam adequados à formação médica requerida pela contemporaneidade. (FIOROTTI, 2010).

Finalmente, há que se ressaltar o alto grau de satisfação demonstrado por discentes no intervalo polar superior da escala Likert de 5 pontos,

quando 65,78% afirmaram estar satisfeitos com o curso, corroborando com achados de pesquisa que afirmam que o estudante de Medicina tem se mantido distante do perfil de médico que a sociedade contemporânea precisa. (COSTA 2006).

## 7 CONCLUSÃO

---

O perfil sociodemográfico é caracterizado principalmente por indivíduos com idade média de 23,8 anos, solteiros, sendo que a maioria possui elevado nível socioeconômico.

Os discentes do internato da FM/UFG, após se formarem, pretendem ser médicos especialistas, cursar residência médica e não intencionam prioritariamente trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, embora tenham expressado o desejo de trabalhar tanto no serviço público, quanto no privado.

A pesquisa demonstrou que há uma dissonância entre o perfil do egresso pretendido tanto pelas DCN quanto pelo PPC da instituição e as expectativas de prática profissional dos discentes do internato da instituição de ensino superior em que ocorreu a pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

É imperioso reconhecer que existem problemas sérios na educação médica brasileira e enfrentá-los é uma tarefa árdua, urgente e necessária para a busca de soluções. Visa-se reorientar a formação do profissional médico para atender às reais demandas da sociedade e dos serviços de saúde e, assim, contribuir para a consolidação do SUS.

Existem claras dissonâncias entre a ênfase do discurso da maioria das escolas médicas do país, o perfil do médico requerido pela sociedade e as expectativas de prática profissional dos futuros egressos.

As escolas médicas são estruturas complexas e carregam um enorme desafio de conduzir o processo de ensino-aprendizagem, objetivando o protagonismo do discente, levando-o a atuar como sujeito de sua história, a aprender a aprender, a conhecer, a fazer, a ser e a viver juntos.

Os resultados obtidos nessa pesquisa serão úteis para a discussão sobre a efetividade da implementação das DCN para o curso de graduação em Medicina, tanto para a instituição em que foi realizada a pesquisa, bem como para as outras escolas médicas do país.

## REFERÊNCIAS

---

ARCOVERDE, T. L. Formação Médica: (Des)Construção do Sentido da Profissão: Trajetória da Representação Social. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31, n2, p.191, 2007.

BARATA, R. B. Desigualdades Sociais e Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 457-86.

BOLLELA, V. R.; MACHADO, J.L.M. (Org.). **Internato baseado em competências**. 1. ed. Belo Horizonte: MedVance, 99p, 2010.

BORGES, J. L. G. Educação e estratificação social no acesso à universidade pública. **Cadernos de Pesquisa**, Brasília, v. 34, p.124, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução nº 4 de 07 de novembro de 2001. **Diretrizes Nacionais Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001. Seção1, p.38.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos. **Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)**. Brasília, 2002, p. 40.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aderência dos Cursos de Graduação de Medicina, Enfermagem e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: PRÓ-SAÚDE**. 1. ed. Brasília, 2007. Disponível em:  
<[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/07\\_0323/ms/pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/07_0323/ms/pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-SAÚDE**. Brasília, 2008. Disponível em:  
<[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2008/pni/802\\_26\\_08\\_2008.html](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2008/pni/802_26_08_2008.html)>. Acesso em: 04 jun. 2013.

CALMAN, K. C. **Medical Education**: Past, Present and Future. First Published. Edimburg:Churchill Livingstone Elsevier; 2007. 560p.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, H. M.; GIRARD, S. N. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 26ª impr., São Paulo: Cultrix, 2006. p. 116-155

CECCIM, R. B. O quadrilátero de formação para a área de saúde. **PHYSIS**, v. 14, n. 2, p. 41-65, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica**. São Paulo, 2012. Disponível em:  
<<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>>  
Acesso em: 18 mar. 2013.

COSTA, N. M. S. C. *et al.* Percepção dos professores sobre o novo currículo de graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás implantado em 2003. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.30, n. 1, p. 154-160, 2006.

COSTA, N. M. S. C.; CARDOSO, C.G.L.V.; COSTA, D.C. Concepções sobre o bom professor de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p. 499-505, 2012.

DA ROS, M. A.; PAGLIOSA, F.L. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.32, n. 4, p. 492-499, 2008.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Projeto Político-Pedagógico**. Goiânia. 2003.

FERREIRA, R. A. *et al.* Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista Brasileira da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 224-231, 2000.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação dos médicos especialistas e a residência médica no Brasil. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 39-54, 2001.

\_\_\_\_\_.O problema: por que não se consegue produzir mudança na formação médica nos últimos trinta anos? **Revista da ABEM**, Rio de Janeiro, cap. II, p. 10-48, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

FIGARO, R. **O mundo do trabalho e as organizações**: abordagens, discursos e diferentes significados. Organicom, São Paulo, n. 9, p. 91-100, 2008.

FILHO, N.A. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-49, 2010.

FIOROTTI, K. P. Perfil do estudante de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 335-362, 2010.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Foundation; 1910. Disponível em: <[http://ia700308.us.archive.org/22/items/medicaleducation00flexiala/medical\\_education00flexiala.pdf](http://ia700308.us.archive.org/22/items/medicaleducation00flexiala/medical_education00flexiala.pdf)>. Acesso em: 07 nov. 2012.

GODEFROOIJ, M. B. *et al.* **Student's perceptions about the transition to the clinical phase of a medical curriculum with preclinical patient contacts**: a Focus Group Study. BMC Medical Education, 2010. Disponível em: <<http://www.biomecentral.com/1372-6920/10/28>>. Acesso em: 27 fev. 2012.

GOMES, L. **1808**: Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil. 15. ed., São Paulo: Planeta, 2007. 408p.

GOMES, L. N.; KOIFMAN, L. A. Integralidade pelos alunos do internato em clínica médica da UFF. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 506-515, 2012.

HIGA, E. F. R. *et al.* Estratégias para o avanço da integralidade na visão de professores e estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/trabalhoerendimento/pnad2009/default.htm>>. Acesso em 03 maio 2013.

KISIL, M. & CHAVES, M. M., **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg. 1994.

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, sup. I, p. 31-37, 2008.

\_\_\_\_\_. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 2. ed., São Paulo: Haucitec, 2009a. 305p.

\_\_\_\_\_. O mundo do trabalho na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 35-43, 2009b.

\_\_\_\_\_. O papel da ABEM no processo de implementação das DCN para o curso de graduação em medicina. In: STREIT, D.S. *et al.*, (Orgs.). **Educação médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Editora ABEM, 2012. p. 31-58.

LOPES, R. C. **Promoção de saúde na perspectiva educacional crítica: a relevância do empoderamento e participação social**. Tese (Doutorado) – PUC-RJ, 2008.

MACHADO, M. F. A. S., *et al.* Integralidade, formação em saúde, educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARANHÃO, E. F.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. **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.). **Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais.** Rio de Janeiro: Editora ABEM, 2012. p.59-91.

MORAES, V. A., *et al.* **Implantação e avaliação do novo internato da FM/UFG na rede básica de saúde.** Programa Faimer, Fortaleza, 2007.

MORAES, V. A.; PEREIRA, E. R. S.; NAGHETTINI, A. V. Quais e como devem ser os cenários de ensino-aprendizagem segundo o perfil do egresso proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais. In: STREIT, D. S., *et al.*, (Orgs.). **Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais.** Rio de Janeiro: Editora ABEM, 2012. p.143-163.

NACIFF, A. C. N., **As Escolas Médicas do Brasil.** São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br>>. Acesso em 01.08.2013.

NETO, F. B. As Diretrizes Curriculares contribuíram para a formação de um médico mais crítico e reflexivo? In: STREIT, D.S., *et al.*,(Orgs.). **Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais.** Rio de Janeiro: Editora ABEM, 2012. p.127-141.

OLIVEIRA, N. 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.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 331-346, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). In: **Promoção de Saúde: Cartas de Otawa, Adelaide, Sundsvile e Santa Fé de Bogotá.** 1996, Brasília: Ministério da Saúde.

PAIM, J. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. *The Lancet*, 2011, p. 11-3. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 1º nov. 2012.

PERIM, G. L. **Avaliação da educação superior:** uma realidade na educação médica. Tese (Doutorado) – UNICAMP, Campinas, 2007.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. **Distribuição Geográfica dos Médicos no Brasil: Uma análise a partir de um modelo de escolha locacional.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006.

REZENDE, J. M. **História da medicina:** Sinopse. Goiânia: Gráfica UFG, 2005. 165p.

\_\_\_\_\_. **À sombra do plátano:** crônicas da história da medicina. 1. ed. São Paulo: Editora UNIFESP, 2009. 408p.

RIBEIRO, M. M. F. A. Opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p.405-411, 2011.

RUIZ, D.G. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p.21-27, 2010.

SAKAI, M.A. *et al.* Teste de progresso e avaliação do curso: dez anos de experiência do curso de medicina da Universidade Federal de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n.2, p. 254-263, 2008.

SHADBOLT, N. *et al.* Choosing general practice. **Australian Pharmacology Physiology**, v.38, n.1, p.53-55, 2009.

TANDJUNG, R. *et al.* **Career after successful medical board examination in general practice:** a cross-section survey. *Swiss Medical Weekly*, v.143:w13839, 2013. Disponível em: <[www.smw.ch/forreaders/latest-articles/?tx\\_eps\\_wp\[Action\]:continuosToc&tx\\_eps\\_Wp\[controller\]:Webpublishing](http://www.smw.ch/forreaders/latest-articles/?tx_eps_wp[Action]:continuosToc&tx_eps_Wp[controller]:Webpublishing)>. Acesso em: 02 jul. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Faculdade de Medicina. Coordenação do Curso de Medicina. **Relatório do número de discentes matriculados em 2012 distribuídos por gênero.** Goiânia. Emitido em: 20/05/2013.

## APÊNDICES

---

### Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Meu nome é Marcos Augusto Filisbino, docente do Departamento de Ginecologia da FM/UFG, inserido no Programa de Mestrado Profissional desta Instituição. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, em caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, o qual está em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Você poderá retirar a qualquer tempo o seu consentimento. Se houver dúvida sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (62) 9971-3796. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como participante desta pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG pelos telefones: 3269-8338 e 3269-8426 ou no endereço: Hospital das Clínicas/UFG, 1ª Avenida S/N, Setor Leste Universitário, 1º Andar, Unidade de Pesquisa Clínica.

#### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA**

##### **TEMA: O Ideal de Prática Profissional na Perspectiva de Discentes do Internato de Medicina**

A motivação deste estudo é avaliar como o estudante do último ciclo da graduação (internato) se percebe e projeta seu ideal de prática profissional. A coleta de dados será feita no ano de 2012, através de um questionário que consta de duas sessões, sendo a primeira com dados visando avaliar o perfil sociodemográfico do graduando e a segunda sessão objetiva avaliar os anseios e o ideal imaginário da prática profissional após se formar. As questões são simples, objetivas, com algumas semiabertas e a maioria fechadas. O anonimato é parte integrante desta pesquisa, não havendo espaço para identificação nominal do participante nesta pesquisa. Necessito imensamente de sua colaboração, sem a qual será impossível o alcance dos objetivos propostos. Os resultados deste estudo serão muito úteis para a análise de existência ou não de mudanças significativas no perfil do egresso após a implantação das DCN e do projeto político-pedagógico da FM/UFG. Antecipadamente agradeço pela sua atenção e colaboração.

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DE PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "O Ideal de Prática Profissional na Perspectiva Discente". Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Marcos Augusto Filisbino sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Os riscos, ainda que mínimos, podem ocorrer como, por exemplo, sentir-se constrangido a participar pelo fato de ser aluno da instituição e do pesquisador. Também fui informado de que não me é

garantido nenhum benefício direto ou gratificação financeira proveniente da referida pesquisa.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Marcos Augusto Filibino \_\_\_\_\_ Pesquisador Responsável

### **TESTEMUNHAS**

Nome da 1ª Testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da 2ª Testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO NA SAÚDE**

**QUESTIONÁRIO DESTINADO À COLETA DE DADOS PARA A**  
**PESQUISA**

**TEMA**

**O IDEAL DE PRÁTICA PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA**  
**DISCENTE**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL**  
**MESTRANDO: MARCOS AUGUSTO FILISBINO**

**ORIENTADOR**  
**PROF. DR. VARDELI ALVES DE MORAES**

**Goiânia**  
**2012**



02. Quando concluir seu curso de medicina você quer atuar como:
- Médico generalista
  - Médico especialista
03. Você pretende fazer residência médica?
- Sim
  - Não
  - Ainda não decidi se farei residência médica
04. Se a resposta anterior for SIM, você já fez a escolha da especialidade?
- Sim
  - Não
  - Estou indeciso
05. Após se formar você pretende trabalhar na Estratégia de Saúde da Família?
- Sim
  - Não
  - Só se não passar na prova de residência
06. Você conhece o projeto político-pedagógico da sua faculdade (FM/UFG)?
- Sim
  - Não
  - Conheço superficialmente
07. Você tem conhecimento das diretrizes curriculares nacionais para o Curso de Medicina?
- Sim
  - Não
  - Conheço superficialmente
08. Os cenários de prática oferecidos até aqui favorecerem a formação na Atenção Básica (Atenção Primária)?
- Sim
  - Não
  - Parcialmente
09. Você percebe o ensino médico na sua instituição centrada no hospital?
- Sim
  - Não
  - Não tenho opinião formada sobre o assunto
10. Você considera os cenários de prática disponibilizados até aqui favoráveis a uma prática médica humanista?
- Sim
  - Não
  - Em parte
11. Em sua opinião os professores do curso estão tecnicamente preparados no sentido de contribuir para a formação de um médico generalista?
- Sim
  - Não
  - Considero que os professores em sua maioria direcionam o aluno para a formação de especialistas

12. Numa escala de 1 a 5, qual o seu grau de satisfação com o curso de medicina até aqui, sendo 1 totalmente insatisfeito e 5 totalmente satisfeito.

( ) 1

( ) 2

( ) 3

( ) 4

( ) 5

**A GRADUAÇÃO MÉDICA E A PRÁTICA PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DE  
DISCENTES DO INTERNATO DE MEDICINA**

**AUTOR: MARCOS AUGUSTO FILISBINO**

**RESUMO**

Estudo transversal quantitativo descritivo observacional realizado com discentes do internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. OBJETIVO: a proposta desta pesquisa é conhecer o ideal de prática profissional de discentes do internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás e observar possíveis dissonâncias com o perfil do discente preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e Projeto Político-Pedagógico da Instituição. METODOLOGIA: o instrumento utilizado para a pesquisa foi um questionário distribuído aos 222 discentes do internato, no ano de 2012, da referida instituição. A amostra consta de 190 sujeitos de pesquisa, correspondendo a 85% do universo de análise. A significância estatística foi avaliada por um teste não paramétrico, o Teste do Sinal. RESULTADOS: O perfil sociodemográfico caracteriza discentes com idade média de 23,8 anos, solteiros, sendo que 66% pertencem às classes sociais A e B. O ideal do perfil de prática profissional demonstra que 84% pretendem ser especialista, 96% desejam cursar residência médica, sendo estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ) e 70% não pretendem a priori trabalhar na Estratégia Saúde da Família ( $p=0,005$ ). CONCLUSÃO: O estudo demonstra discentes com perfil socioeconômico elevado, que pretendem ser especialistas, cursar residência médica e não veem a Estratégia Saúde da Família como uma meta fim.

PALAVRAS-CHAVE: Internato. Discentes. Diretrizes Curriculares Nacionais.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The aim of this research is to identify the ideal, in terms of professional practice, of the internship students in the Medical School of the Federal University of Goiás – UFG and to observe possible dissonances with the profile of the graduates, as advocated by the National Curriculum Guidelines and by the Political Pedagogic Project of this institution. **METHODS:** In 2012, two hundred and twenty-two medical internship students of the institution received a survey questionnaire. The sample of this research consisted of one hundred and ninety research subjects, representing 85% of the sample universe. The statistical significance was calculated using the Sign Test. **RESULTS:** The socio-demographic profile characterizes the students with an average age of 23.8 years old, unmarried, 66% of whom belong to social classes A and B. The ideal of the profile of professional practice shows that 84% want to become specialists, whereas 96% want medical residency, which is statistically significant ( $p=0,0001$ ), and 70% do not intend to work with Family Health Strategy Programs ( $p=0,005$ ). **CONCLUSION:** This study shows that students with high socio-economic profile, who want to become specialists, undergo a medical residency program and do not see the Family Health Strategy as a professional goal.

**KEY-WORDS:** Internship, Students, National Curriculum Policy.

## 1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O presente estudo é o produto de uma inquietação pessoal motivada pelo desejo de conhecer o hiato existente entre o perfil dos futuros egressos, preconizado pelas diretrizes curriculares nacionais e pelo projeto político pedagógico da instituição, com o perfil pretendido e idealizado pelos discentes na fase final de sua graduação, correspondente ao período do internato.

O inconformismo gera ansiedade, aqui sublimada em energia que foi positivamente canalizada para esta pesquisa cujos resultados serão salutares para implementar mudanças e correção de trajetórias na busca incessante de se formatar um egresso com formação geral e humanística.

O curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/UFG) é dividido em dois ciclos: o básico e o clínico, que inclui o internato.<sup>18-30</sup>

O internato é definido como o estágio curricular de treinamento em serviço, sob supervisão direta dos docentes, incluindo aspectos essenciais nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), com duração de dois anos.<sup>18-21-26</sup>

A influência da fragmentação cartesiana sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico tornando-se este o marco referencial da medicina moderna. Essa visão reducionista provocou a disjunção entre a mente e o corpo, entre o sujeito e o objeto. Tal modelo biologicista dividiu o ser humano, uno, em diversos órgãos e tecidos, que são estudados e tratados de forma isolada, com perda da visão holística.<sup>6</sup>

O ensino médico tradicional seguindo a concepção reprodutivista da educação, por conseguinte, perpetua o modelo biomédico, igualmente reducionista, focado na doença, procedimento centrado e dependente de tecnologia sofisticada e, portanto, forçosamente hospitalocêntrica mantendo o modelo flexneriano com o curso médico dividido em ciclo básico e profissional, fragmentado em disciplinas que não se comunicam, centrado no professor, com transmissão vertical do conhecimento, com predomínio de aulas expositivas e avaliação somativa.<sup>13-21</sup>

O modelo tradicional da medicina não consegue atender às necessidades de saúde da sociedade contemporânea em um mundo globalizado, o que gera uma insatisfação nas pessoas e cria um cenário propício às mudanças.<sup>16-21</sup>

Por essa razão, nas últimas quatro décadas, a educação médica, dentro desse contexto, tem sido objeto de grandes questionamentos e tem experimentado

significativas mudanças tanto a nível nacional,<sup>3</sup> quanto internacional,<sup>14</sup> no sentido de se ter uma formação que valoriza o conhecimento geral e estimule o pensamento crítico e reflexivo<sup>2-3-4-13</sup>

No plano internacional, a Conferência de Alma Ata (1978) orientou a educação médica para a estratégia da atenção primária e as Conferências Mundiais de Educação Médica, em Edimburgo (1988 e 1993) reorientaram a educação médica em face às mudanças da prática profissional.<sup>21</sup>

No Brasil, a partir da década de 80, com a promulgação da Constituição Brasileira, que assegurou a saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta de universalidade, equidade, integralidade e participação social, o sinergismo das ações entre o Ministério da Saúde e o da Educação propiciaram a promulgação de políticas públicas com o objetivo de reorientar a formação de profissionais médicos segundo o modelo da integralidade e assim vir de encontro às necessidades da população.<sup>13-21</sup>

Dentre as políticas de governo para a área da saúde, a implantação das diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina (Resolução CNE/CES Nº 04/2001) tem sido considerada um marco histórico para a mudança na construção de um novo perfil do egresso dos cursos médicos que atendam às demandas e necessidades da sociedade,<sup>3-22-28</sup> estabelecendo um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação desses profissionais, denominado Paradigma da Integralidade, que visa à orientação de formação profissional para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS, adequando o perfil do egresso às demandas de saúde da população.<sup>3-7-17-28</sup>

De acordo com o artigo 3º das DCN “o curso de graduação em medicina tem como perfil do egresso o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”.<sup>3-28</sup> A FM/UFG contempla em seu projeto político-pedagógico as normativas das DCN, incorporando *de maneira literal* o seu artigo 3º, que conceitua o perfil do profissional a ser formado pelas instituições médicas brasileiras.<sup>3-18-28-30</sup>

O que se percebe, porém, na prática é que mudanças curriculares não estão sendo suficientes para remover as resistências.<sup>1</sup>

A falta de terminalidade do curso médico, a dissociação entre ensino-serviço, e a especialização precoce do estudante de medicina tem postergado para a pós-graduação a formatação profissional que a graduação não consegue resolver.<sup>14</sup> Por isso a residência médica idealizada como uma meta fim pela maioria dos egressos do curso médico tem sido um problema para as escolas médicas.<sup>15</sup>

O despreparo técnico-profissional do docente aliado a um papel reprodutivista da ideologia dominante assumida pela universidade forma uma relação docente/discente vertical promovendo um reducionismo do discente, deixando-o desprovido de aspectos subjetivos como a sua criatividade e o pensamento crítico reflexivo.<sup>24</sup>

A FM/UFG tem em seu projeto pedagógico (dezembro/2003) procurado romper com o denominado “paradigma flexneriano” contemplando em seu bojo a (des)hospitalização e a (des)especialização.<sup>18-30</sup>

A mudança nas práticas e na formação são dois lados de um mesmo movimento no sentido de atingir a atenção integral à saúde.<sup>7</sup>

Percebe-se o quão difícil é implantar as necessárias e salutares mudanças, tendo em vista o que é presenciado cotidianamente na referida instituição. Portanto, o objeto do presente trabalho é analisar as expectativas de prática profissional dos discentes do internato da FM/UFG, verificando se o mesmo tem sido modificado no sentido de atender às novas diretrizes curriculares, bem como ao projeto político-pedagógico institucional e, desta forma, vir de encontro às reais necessidades da população.<sup>13-18-28</sup>

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Conhecer as expectativas de prática profissional dos discentes do internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e as possíveis consonâncias ou dissonâncias com o perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e o Projeto Político Pedagógico da Instituição.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer e descrever o perfil sociodemográfico dos discentes do internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás;
- Identificar as expectativas de prática profissional entre os discentes do internato incluído no estudo;

- Observar possíveis consonâncias ou dissonâncias entre as expectativas de prática profissional desses discentes com o perfil do egresso preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais e no Projeto Político Pedagógico da instituição;
- Descrever a percepção dos discentes em relação à formação médica oferecida pelo curso.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para se compreender a Educação Médica no Brasil é preciso remontar por um breve instante a sua origem ocorrida em 1808, após a vinda da família real portuguesa ao Brasil, com a criação das duas primeiras faculdades de medicina do país, uma em Salvador e a outra no Rio de Janeiro, com a clara finalidade de satisfazer às demandas da corte portuguesa, bem como da burguesia dominante não levando em consideração as reais demandas da sociedade. Essas escolas médicas receberam, no seu início, influências das escolas alemãs, com ênfase na pesquisa laboratorial, e francesa, de cunho anátomo-clínico.<sup>12-16-28</sup>

O Século XX é marcado por duas fases distintas, sendo a primeira metade caracterizada pela criação de poucas escolas médicas, apenas dez, e na segunda metade há um período de crescimento desorganizado de faculdades de medicina.<sup>16-28</sup>

O Brasil no pós-guerra, por questões econômicas, aproximou-se em demasia dos Estados Unidos importando muitos valores daquela cultura em diversos campos da atividade humana em geral e das ciências médicas em particular, com a adoção do modelo “Flexneriano”, com conseqüente fragmentação dos saberes e desconexão dos ciclos básico e profissional culminando em uma prática médica hospitalocêntrica, hiperespecialista e centrada na doença.<sup>13</sup>

O modelo biomédico, como balizador da ciência médica do Século XX, teve grande avanço em escala mundial, influenciando fortemente a formação de profissionais da área de medicina em todo o mundo.<sup>6-23</sup>

No início do século, Abraham Flexner, um educador formado na Universidade John Hopkins foi convidado pela Fundação Carnegie, provavelmente por influência de seu irmão Simon Flexner, diretor e fundador da Fundação Rockefeller, para dirigir um programa de avaliação de educação médica nos

Estados Unidos e Canadá, originando o relatório que leva o seu nome, o famoso Relatório Flexner, amplamente divulgado na Europa e na América Latina.<sup>12</sup>

No Brasil sua repercussão foi tardia, ocorrendo na segunda metade do Século XX, paralela à proliferação desordenada de escolas médicas, atingindo seu clímax no governo militar, quando foram criadas trinta e cinco escolas médicas no período entre 1966 a 1971. Da aproximação com o modelo americano resultou a criação de hospitais-escola, que eram simultaneamente cenários de prática e de pesquisa.<sup>12-16</sup>

Com a abertura política na década de 80 e a nova constituição trazendo um avanço social importante conceituando a saúde como um direito de todos e dever do estado, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) como um movimento social contra-hegemônico que se contrapõe ao modelo biomédico vigente.<sup>17-22</sup>

Tem-se início a mudança de paradigmas na área de educação médica, com a substituição do modelo biomédico (flexneriano) pelo paradigma da integralidade, o qual buscou desde o início o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. Segundo Kuhn, um novo modelo paradigmático deve preencher duas condições necessárias, quais sejam: solucionar problemas que o modelo anterior não conseguiu resolver e preservar os benefícios construídos pelo paradigma anterior. Essa transição terá uma longa trajetória, com idas e vindas e com desconstruções e reconstruções.<sup>12-16</sup>

Vinte anos após a sua embriogênese o SUS ainda é um sistema de saúde em processo de consolidação, que luta para garantir seus princípios de universalidade, equidade e participação social gerando contradições com a fragmentação existente no setor privado, gerando ambiguidades no mundo do trabalho para os egressos do curso médico.<sup>22</sup>

Nesse contexto foram construídas, no início da década passada, mais precisamente em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, cuja publicação se deu em 03.10.2001, no Diário Oficial da União, consistindo em um referencial na formação do profissional médico do Brasil Contemporâneo.<sup>10-11-20</sup>

Em seu artigo 3º, as DCN preconizam o seguinte perfil dos futuros egressos: “Médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva capacitado para atuar pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde

integral do ser humano” (Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina – Resolução CNE/CS 03/10/2001).<sup>3</sup>

A partir da homologação das DCN, as faculdades de medicina brasileiras tem procurado incorporar em seus projetos pedagógicos os preceitos emanados pelas diretrizes. O projeto pedagógico não opera de per si as mudanças necessárias é preciso implementá-las, ou seja, precisam sair do papel.<sup>16</sup>

Uma década após a sua publicação, o maior desafio é torná-las vivas. Fazer o sonho se tornar realidade, pois há uma contradição entre os novos perfis de egressos requeridos pela sociedade e requisitados pelo SUS em consolidação e os perfis produzidos pelas escolas médicas brasileiras.<sup>28</sup>

Daí se entender que é fundamental uma cooperação mútua entre a instituição de ensino superior e o SUS para se mudar o perfil dos novos egressos a fim de aproximar o projeto pedagógico às reais necessidades da população. É preciso desenvolver competências para se trabalhar na Atenção Básica sendo necessária a (des)hospitalização do ensino médico o que encontra forte resistência dos docentes formados no regime hospitalocêntrico pelo sistema tradicional.<sup>22-25-29</sup>

Um estudo realizado na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), no Distrito Federal, através de abordagem quali-quantitativa com amostra de 120 vinte estudantes da graduação médica e recém-egressos da referida instituição, demonstrou a eficácia da incorporação de valores éticos preconizados nas DCN no perfil de formação do egresso da instituição.<sup>19</sup>

Uma pesquisa realizada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais demonstrou o interesse precoce dos graduandos do Curso de Medicina pela especialização.<sup>24</sup>

Outra pesquisa realizada nesta mesma instituição com 738 graduandos de medicina, apenas 15.4% gostariam de prosseguir sua carreira profissional na Atenção Básica, sendo que apenas 1% dos pesquisados gostariam de ser generalistas. Isso é consistente com a literatura mundial, de acordo com uma pesquisa realizada na Austrália foi demonstrado que a progressão na carreira e o reconhecimento são altamente valorizados pelos egressos dos cursos médicos e isto não está associado ao exercício da prática médica generalista.<sup>2</sup>

A educação médica tem sido objeto de crítica quanto a sua capacidade em cumprir as finalidades gerais dos projetos político pedagógicos, no sentido de desenvolver no egresso a capacidade crítico-reflexiva e a abordagem criativa e subjetiva no trato com os pacientes.<sup>11</sup>

A concepção abrangente da educação como aprender a conhecer, a fazer, a ser e a viver juntos tem sido incorporada às diretrizes curriculares nacionais e, em particular, na área médica.<sup>7-9</sup>

Uma visão da mesma realidade sob um prisma diferente tem apontado mudanças na formação profissional dos discentes nas escolas médicas com a utilização dos processos de problematização do ensino/aprendizagem questionando-se, porém, acerca da eficácia real dessas mudanças na construção de um novo perfil de formação do egresso em face da complexidade que tal formação envolve.<sup>26-28-29</sup>

As novas demandas e necessidades da população na área da saúde têm gerado contradições entre o paradigma flexneriano com fragmentação do saber, centrado na doença, hospitalocêntrico e o paradigma da integralidade visando à construção social da saúde focado na promoção de saúde.<sup>6</sup>

No campo educacional essa dualidade se expressa em uma tensão permanente entre duas concepções pedagógicas antagônicas, de um lado, a concepção tradicional hegemônica centrada no professor e baseada na transmissão vertical de informações e, de outro lado, a concepção crítico-reflexiva centrada no aluno, onde o conhecimento é construído a partir de técnicas problematizadoras no processo de ensino-aprendizagem (Brasil, 2004), sendo isso preconizado nas DCN do Curso de Medicina (artigo 3º), as quais objetivam construir um perfil profissional do egresso segundo as necessidades reais da população gerando competências e habilidades para trabalharem no SUS com resolutividade.<sup>16-17-28</sup>

Em 2012, no Brasil, foram formados 16.227 médicos atingindo um quantitativo de 388.015 profissionais, segundo registros do Conselho Federal de Medicina (CFM), dos quais 55% são especialistas tendo, portanto, 1.23 especialistas para cada generalista, distribuídos em 53 especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.<sup>4</sup>

#### **4 MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo, sendo a população alvo os graduandos do internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/UFG) do ano letivo de 2012.

O universo de análise da pesquisa compreendeu estudantes de medicina da FM/UFG inseridos no último ciclo da graduação do ano letivo de 2012. A população

estudada constou de 222 alunos, em listagem fornecida pela Coordenação do Curso de Medicina, que cumprem os dois últimos anos da graduação, estando todos eles no internato em 2012, sendo que 50% deles cursando o quinto ano e os outros 50% no sexto e último ano da graduação. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa cumpriam o internato no período de coleta dos dados para o estudo, em diferentes cenários de prática.

O instrumento utilizado para coleta de dados constituiu-se em um questionário composto por duas partes. A primeira abordou o perfil sócio-demográfico dos discentes constando de oito perguntas fechadas e duas semiabertas. A segunda parte do questionário constou de doze perguntas fechadas para verificar o ideal de perfil profissional dos referidos estudantes. Inicialmente foi elaborado um questionário piloto, o qual foi detalhadamente revisado pelo GAP e posteriormente realizou-se um pré-teste para validação do mesmo, aplicando-o a um grupo de estudantes do 4º ano da FM/UFG.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da UFG, em 26 de abril de 2012, com o parecer consubstanciado nº 15661 (Anexo B).

Foram enviados para cada um dos sujeitos de pesquisa, em seu respectivo cenário de prática, um envelope, sem identificação do aluno, contendo: uma carta-convite da instituição esclarecendo acerca do caráter voluntário da pesquisa, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma via do questionário que, depois de preenchidos, eram colocados novamente no envelope e devolvidos ao pesquisador, ficando uma via do TCLE em poder do participante.

Uma nova oportunidade foi concedida aos que não responderam ao questionário, após trinta dias de sua distribuição. A estes foram enviados por via eletrônica contendo os mesmos materiais distribuídos de forma impressa para responderem e devolverem ao pesquisador. Os dados foram colhidos de maio a agosto de 2012. Todos os participantes foram devidamente orientados a preencherem inicialmente o TCLE e assiná-lo para em seguida responderem o questionário.

Foi utilizado como critério de inclusão a assinatura do TCLE e a devolução do questionário respondido pelo sujeito de pesquisa. E como critério de exclusão os discentes que não assinaram o TCLE e/ou não responderam o questionário. Na análise dos resultados foi utilizada a estatística descritiva, mediante a distribuição de frequências simples e percentuais, com cálculo de intervalos de confiança em planilha Excel. Para validação da hipótese de pesquisa empregou-se o Teste do

Sinal, que é um teste não paramétrico utilizado para avaliar duas categorias numéricas.

## 5 RESULTADOS

A amostra constou de 190 discentes, os quais preencheram os critérios de inclusão, representando 85% do universo de análise, sendo 103(54%) do 6º ano e 87(46%) do 5º ano. Houve predominância do sexo masculino, sendo a amostra composta de 102 (53,7%) homens e de 88 (46,3%) mulheres.

O perfil socioeconômico, demonstrado na Tabela 1, apresenta 180 (94,7%) indivíduos solteiros, com média de idade de 23,8 anos, sendo que 187 (98%) não tem filhos e 65 (34,2%) discentes pertencem a famílias da classe A, com renda superior a 20 salários mínimos e 60 (31,6%) estão na classe B, com renda entre 11 e 20 salários mínimos. Dos entrevistados, 133 (70%) afirmam ter carro próprio.

Em relação a parentes médicos 117 (61,5%) discentes afirmam ter algum parente médico na família, 32 (16,8%) são filho (a)s de médico (a).

Em relação ao perfil do ideal de prática profissional dos discentes, sumarizado na Tabela 2, a pesquisa revelou que 159 (83,7%) futuros egressos, desejam ser especialistas, estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ), ao passo que 23 (12,1%) expressam o desejo de ser médicos generalistas.

Entre os pesquisados, 183 (96,3%) afirmam a pretensão de fazer residência médica, com significância estatística ( $p=0,0001$ ) e apenas 02 (1%) não desejam fazer residência, sendo que 05 discentes (2,7%) estão indecisos quanto a cursar ou não a residência médica. Dentre os alunos que desejam fazer residência médica 111 (58,4%) já elegeram a especialidade a ser cursada, demonstrando uma tendência precoce de especialização durante a graduação. Sendo estatisticamente significativa ( $p=0,005$ ).

Após se formarem, 135 (71,6%) discentes não pretendem, prioritariamente, trabalhar na Estratégia Saúde da Família.

Do total de entrevistados, 170 (89,5%) discentes manifestam o desejo de trabalhar tanto no sistema público, quanto no privado.

A percepção do Curso de Medicina da FM/UFG pelos discentes do internato, sintetizada na Tabela 3, aponta para um conhecimento superficial e/ou desconhecimento das DCN e do PPC por 148(77,9%) discentes, enquanto que 42 (22,1%) afirmam conhecê-los.

A educação médica na FM/UFG, na perspectiva discente, é percebida como hospitalocêntrica por 139 (73,2%) discentes, o que é estatisticamente significativo ( $p=0,0001$ ), enquanto que 39 (20,5%) consideram o curso centrado na atenção básica e 12 (6,3%) não responderam a questão.

Quanto à percepção dos cenários de prática como facilitador da formação profissional da atenção básica, 84 (44,3%) discentes consideram que os mesmos são favoráveis, enquanto que 106 (55,7%) discentes consideram que tais cenários contribuem apenas parcialmente ou não favorecem a formação profissional na atenção básica.

Em relação à contribuição docente para a prática médica generalista, 71 (37,3%) dos indivíduos amostrados consideram que os docentes contribuem para a formação de médico generalista e 97 (51,1%) discentes afirmam que os docentes direcionam para a formação de especialistas.

O grau de satisfação com o curso, avaliado pela escala Likert de 5 pontos - onde 1 significa totalmente insatisfeito e 5 significa totalmente satisfeito com o curso - demonstrou que 125 (65,7%) discentes estão satisfeitos com o curso, sendo que, destes, 13 (6,8%) afirmam estar completamente satisfeitos com o curso.

## 6 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico de discentes do internato do curso de medicina da FM/UFG é composto por indivíduos com média de idade de 23,8 anos, solteiros, possuem carro próprio, o que demonstra um nível socioeconômico elevado, fruto de um modelo excludente e elitista do vestibular universal convencional existente na época de ingresso desses estudantes. Recentes políticas públicas de cotas de ingresso para estudantes de escolas públicas, negros, índios e outras minorias poderão reverter este quadro num futuro próximo.<sup>10-11-20</sup>

As expectativas de prática profissional demonstradas nos resultados aqui apresentados apontam para a direção de um egresso especialista, via residência médica, sem a pretensão primária de trabalhar na atenção básica. Na análise dos dados percebe-se que os discentes veem na ESF um plano alternativo, ou seja, um meio de subsistência a ser usado apenas se não forem aprovados no concurso para Residência Médica, não a percebendo como uma meta fim, o que contraria o preconizado nas DCN e no PPC da instituição.<sup>8-17-27</sup>

Importante salientar ainda que uma parcela estatisticamente significativa de discentes percebe o curso de medicina da UFG ainda hospitalocêntrico, apesar do

PPC contemplar uma estratégia de (des)hospitalização progressiva e multiplicidade dos cenários de prática.<sup>3-16-24</sup>

Uma parte expressiva de discentes afirma não ter conhecimento adequado das DCN, nem do PPC do seu curso, o que também é relatado em outras pesquisas na literatura nacional.<sup>3-21-27</sup>

Os discentes consideram que os professores, em sua maioria, são tendenciosos pela especialização fazendo com que os mesmos optem por ela promovendo um direcionamento precoce nos anos da graduação.<sup>8-16-20-27</sup>

Em verdade, os alunos tendem a copiar os modelos vivenciados pelos professores, os quais são cruciais na formação dos discentes.<sup>8-10-27</sup>

## 7 CONCLUSÃO

Os discentes do internato da FM/UFG após se formarem pretendem ser médicos especialistas, cursar Residência Médica e não tem intenção prioritária de trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, embora expressem o desejo de trabalhar tanto no serviço público quanto privado.

A pesquisa demonstrou claramente que há uma dissonância entre o perfil do egresso pretendido tanto pelas DCN quanto pelo PPC da instituição e as expectativas de prática profissional dos discentes do internato da instituição de ensino superior em que ocorreu a pesquisa.

O perfil sociodemográfico é caracterizado principalmente por indivíduos com idade média de 23,8 anos, solteiros, sem filhos, com nível socioeconômico elevado.

## REFERÊNCIAS

01. Arcoverde TL. Formação Médica: (Des)Construção do Sentido da Profissão- Trajetória da Representação Social. Revista Brasileira de Educação Médica. 2007;31(2):191.
02. Borges JLG; Carnielli BL. Educação e Estratificação Social no Acesso à Universidade Pública. Cadernos de Pesquisa. 2005;35:124.
03. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Ensino Superior. Diretrizes Nacionais Curriculares para o Curso de Medicina. Brasília, 07/11/2001.
04. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica. São Paulo, 2012.
05. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). Brasília, p.40, 2002.
06. Capra F. O Ponto de Mutação, 25ª ed. p.116-155, São Paulo: Cultrix; 2006.
07. Ceccim RB; Feuerwerker LCM. O Quadrilátero de Formação para a Área de Saúde. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. 2004;14(2):41-65.
08. Costa NMSC, et al. Percepção dos Professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG Implantado em 2003. Rev Bras.Educ. Med. 2006;30(1): 154-160.
09. Ferreira CR, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação Profissional no SUS, O Papel da Atenção Básica na Perspectiva Docente.. Rev.Bras.Educ.Med. 2010; 34(2):207-215.
10. Ferreira RAL, et al. Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Revista da Associação Médica Brasileira. 2000;46(3):224-231.
11. Fiorotti KP, Rossoni RR, Miranda AE. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. Rev.Bras.Educ.Med. 2010;34(3):335-362.
12. Filho NA. Reconhecer Flexner: Inquérito sobre Produção de Mitos na Educação Médica no Brasil Contemporâneo. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2010;26(12):2234-49.
13. Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Mudanças na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004;20(5):1400-1410.
14. Feuerwerker LCM. A Formação dos Médicos Especialistas e a Residência Médica no Brasil. Saúde em Debate. Rio de Janeiro. 2001;25(57):39-54.

15. Godefrooij MB, et al. Student's Perceptions about the Transition to the Clinical Phase of a Medical Curriculum with Preclinical Patient Contacts; a Focus Group Study. *BMC Medical Education*,2010. Disponível em: <http://www.biomecentral.com/1372-6920/10/28>. Acesso em 27/02/2012.
16. Lampert JB. Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil – Tipologia das Escolas, 2ª ed. São Paulo: Haucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.
17. Lampert JB, et al. O Mundo do Trabalho na Formação Médica. *Rev.Bras.Educ Med.* 2009; 33(1):35-43.
18. Moraes VA, Pereira EDR, Naghettini AV. Quais e Como Deve Ser os Cenários de Ensino-Aprendizagem Segundo o Perfil do Egresso Proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Capítulo de Livro, p. 143-163. *Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.
19. Novaes MRCG, et al. Atitudes Éticas dos Estudantes e Egressos de Medicina de um Curso com Metodologias Ativas. *Rev.Bras.Educ.Med.* 2010;34(1): 43-56.
20. Oliveira, NA. Ensino Médico, SUS e Início da Profissão: Com se Sente Quem Está se Formando? *Rev.Bras.Educ.Med.* 2011;35(1):26-36.
21. Oliveira NA, et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev.Bras.Educ. Med.* 2008;32(3):333-346.
22. Paim J, et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e Desafios. Disponível em: <http://www.thelancet.com>. Acesso em 01/11/2012.
23. Perim GL. Avaliação da Educação Superior: Uma Realidade na Educação Médica. Tese de Doutorado UNICAMP, Campinas, 11/10/2007.
24. Ribeiro MMF, et al. A Opção pela Medicina e os Planos em Relação ao Futuro Profissional de Estudantes de uma Faculdade Pública Brasileira. *Rev.Bras.Educ Med.* 2011;35(1):405-411.
25. Ruiz DG, Farenzena, GJ, Haeffner, LSB. Internato Regional e Formação Médica: Percepção da Primeira Turma Pós-Reforma Curricular. *Rev.Bras.Educ Med.* 2010; 34(1):21-27.
26. Sakai MA, et al. Teste de Progresso e Avaliação do Curso: Dez Anos de Experiência da Medicina da Universidade Federal de Londrina. *Rev.Bras.Educ Med.* 2008;32(2):254-263.
27. Shadbolt N, Bunker J. Choosing GeralPratice, *Australian Pharmacology Physiology.* 2009;38(1):53-55.

28. Streit DS, et al., (Orgs). Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. 1ª ed. p. 250, Rio de Janeiro: ABEM, 2012.
29. Tavares AP, et al. O Currículo Paralelo dos Estudantes de Medicina da UFMG. Rev.Bras.Educ. Med. 2007;31(3):254-65.
30. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina. Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina, 2003.

**TABELAS DO ARTIGO A SEREM ENVIADAS EM ARQUIVO SEPARADO  
SEGUNDO NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**

**Tabela 1. Caracterização do Perfil Sociodemográfico dos Discentes do Internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012.**

VARIÁVEIS	n	%	IC (95%)	
			Mínimo	Máximo
<b>Série</b>				
5º Ano	87	46,0	0,387	0,529
6º Ano	103	54,0	0,471	0,613
<b>Sexo</b>				
Masculino	102	53,7	0,466	0,608
Feminino	88	46,3	0,392	0,534
<b>Estado Civil</b>				
Casado	10	5,3	0,021	0,084
Solteiro	180	94,7	0,916	0,979
<b>Idade (Anos)</b>				
20 - 25	129	67,9	0,613	0,745
25 - 30	61	32,1	0,255	0,387
<b>Renda Familiar (SM)</b>				
1 a 5	18	9,5	0,053	0,136
6 a 10	47	24,7	0,186	0,309
11 a 15	35	18,4	0,129	0,235
16 a 20	25	13,2	0,084	0,180
Acima de 20	65	34,2	0,275	0,410
<b>Filho(a) de Médico(a)</b>				
Sim	32	16,8	0,115	0,222
Não	158	83,2	0,778	0,885
<b>Algum Parente Médico</b>				
Sim	117	61,5	0,547	0,685
Não	73	38,5	0,315	0,453

**Tabela 2. As Expectativas de Prática Profissional na Perspectiva de Discentes do Internato de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012**

VARIÁVEIS	n	%	IC (95%)	
			Mínimo	Máximo
<b>Perfil do Futuro Egresso</b>				
Generalista	23	12,1	0,075	0,167
Especialista	159	83,7	0,784	0,889
Não Opinou	8	4,2	0,014	0,071
<b>Pretensão de Cursar Residência Médica</b>				
Sim	183	96,3	0,936	0,990
Não	2	1,0	-0,004	0,025
Indeciso	5	2,7	0,004	0,041
<b>Escolha da Especialidade</b>				
Sim	111	58,4	0,514	0,654
Não	10	5,3	0,021	0,084
Indeciso	69	36,3	0,295	0,432
<b>Pretende Trabalhar na ESF</b>				
Sim	54	28,4	0,220	0,348
Não/Só se não passar na Residência Médica	135	71,6	0,646	0,775
<b>Pretensão Futura de Trabalho</b>				
Somente no Sistema Público	5	2,6	0,004	0,049
Somente no Sistema Privado	15	7,9	0,041	0,117
Tanto no Público como no Privado	170	89,5	0,851	0,938

**Tabela 3. Percepção do Curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás pelos Discentes do Internato. Goiânia, 2012**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>	
			<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Conhecimento das DCNs do Curso e do PPP</b>				
Sim	42	22,1	0,162	0,280
Não/Superficialmente	148	77,9	0,720	0,838
<b>Percepção da Educação Médica na FM/UFG</b>				
Centrada na Atenção Básica	39	20,5	0,148	0,263
Centrada no Hospital	139	73,2	0,669	0,793
Não opinou	12	6,3	0,029	0,098
<b>Cenários de Prática favorecem a formação na Atenção Básica</b>				
Sim	84	44,3	0,371	0,513
Não/Parcialmente	106	55,7	0,487	0,629
<b>Contribuição Docente para a Prática Generalista</b>				
Sim	71	37,3	0,305	0,442
Não	22	11,6	0,070	0,161
Direcionado para Especialista	97	51,1	0,430	0,580
<b>Grau de Satisfação com o Curso (Escala Lickert)</b>				
1	1	0,5	0,005	0,016
2	10	5,3	0,021	0,084
3	54	28,5	0,220	0,348
4	112	58,9	0,520	0,659
5	13	6,8	0,033	0,104

## ANEXOS

---

### ANEXO A - Certidão da Ata de Aprovação do Projeto



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA

*Departamento de Ginecologia e Obstetrícia*

---

### CERTIDÃO DE ATA

Certificamos para os devidos fins que, em reunião do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, realizada em 11 de janeiro de 2012, foi aprovado o Projeto de Pesquisa, "O IDEAL DE PRÁTICA PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DE DISCENTES DO INTERNATO DE MEDICINA", tendo como orientador o Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes.

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás aos 11 dias do mês de janeiro de 2012.

**Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral**

Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia-FM-UFG

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital das Clínicas Universidade Federal de Goiás - GO

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** O IDEAL DE PRÁTICA PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DE DISCENTES DO INTERNATO DE MEDICINA

**Pesquisador:** MARCOS AUGUSTO FILISBINO

**Versão:** 1

**Instituição:** Hospital das Clínicas Universidade Federal de Goiás - GO

**CAAE:** 01273512.3.0000.5078

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 15661

**Data da Relatoria:** 26/04/2012

#### Apresentação do Projeto:

A motivação deste estudo é avaliar como o estudante do último ciclo da graduação (internato) se percebe e projeta seu ideal de prática profissional. A coleta de dados será feita no ano de 2012, através de um questionário que consta de duas sessões, sendo a primeira com dados visando avaliar o perfil sócio-demográfico do graduando e a segunda sessão objetiva avaliar os anseios e o ideal imaginário da prática profissional após se formar. As questões são simples, objetivas, com algumas semi-abertas e a maioria fechadas. O Brasil no pós-guerra, por questões econômicas, aproximou-se em demasia dos ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA importando muitos valores daquela cultura em diversos campos da atividade humana em geral e das ciências médicas em particular, com a adoção do modelo Flexneriano, com conseqüente fragmentação dos saberes e desconexão dos ciclos básico e profissional culminando em uma prática médica hospitalocêntrica, hiperespecialista e centrada na doença. Este estudo pretende analisar o ideal de prática profissional dos futuros egressos do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás, através de levantamento estatístico com a aplicação de questionários a um grupo de 220 Acadêmicos de Medicina para sinalizar possíveis consonâncias ou dissonâncias entre as diretrizes curriculares nacionais e o projeto político pedagógico da instituição com as expectativas dos discentes em relação ao seu futuro profissional. Busca-se investigar se o ideal de prática profissional dos graduandos do internato de medicina da Universidade Federal de Goiás está em consonância ou dissonância com o que é preconizado nas diretrizes curriculares nacionais? Trata-se de uma metodologia de estudo descritivo, sendo a população alvo os graduandos do internato do curso de medicina da UFG do ano de 2012. O instrumento para a coleta de dados constituirá em questionários com perguntas fechadas e semi-abertas. Todos os participantes assinarão termo de consentimento livre e esclarecido. Os questionários serão entregues aos participantes por via impressa ou eletrônica (e-mail). O ESTUDO SERÁ DESCRITIVO, SENDO A POPULAÇÃO ALVO OS GRADUANDOS DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, NO PERÍODO DE MARÇO A DEZEMBRO DE 2012.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal do estudo (pesquisa) é analisar o ideal de prática profissional dos graduandos do último ciclo de graduação (internato) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/UFG), tendo como meta secundária, conhecer o perfil sócio-demográfico dos estudantes do último ciclo da graduação da FM/UFG para se observar as possíveis consonâncias ou dissonâncias entre o ideal profissional desses graduandos com as diretrizes curriculares nacionais e com o projeto político-pedagógico da instituição.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**RISCOS** - ainda que mínimos, mas o sujeito de pesquisa poderá se sentir constrangido a participar pelo fato de ser aluno da instituição e também do pesquisador.  
**BENEFÍCIOS** - Este estudo possibilitará conhecer as possíveis consonâncias ou dissonâncias entre o ideal de prática profissional dos graduandos do internato do curso de medicina da UFG e as diretrizes curriculares nacionais, bem como com o projeto político pedagógico da Faculdade de Medicina e, a partir dos resultados obtidos, propor mudanças no sentido de implementar metodologias ativas que sejam facilitadoras de assimilação por parte dos alunos no sentido de formar um médico com perfil generalista, humanista e crítico-reflexivo.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O paradigma da fragmentação cartesiana do saber médico, ainda se faz presente no atual sistema de ensino. A

culturais e sociais é o propósito da investigação. O pesquisador se propõe a investigar o processo educacional (formação do profissional) numa perspectiva de superar a formação Cartesina - O profissional da área da saúde precisa despertar para uma preparação profissional no sentido de ter uma formação que valoriza o conhecimento "geral" e estimule o pensamento crítico e reflexivo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Consta - declaração do pesquisador; certificado de ata (chefe do departamento; a folha de rosto está adequadamente preenchida; TCLE contém todas as informações, bem como, o cronograma e o orçamento.

**Recomendações:**

O pesquisador deverá anexar no projeto o questionário com as perguntas "fechadas e semi-abertas" para a conclusão da análise. O questionário é importante porque é no questionário que ocorre o contato com os entrevistados e anexar na plataforma o arquivo do projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Consta na pesquisa que haverá um questionário que consta de duas sessões, sendo a primeira com dados visando avaliar o perfil sócio-demográfico do graduando e a segunda sessão objetiva avaliar os anseios e o ideal imaginário da prática profissional após se formar. Não consta nos documentos postados o arquivo do projeto de pesquisa, e pesquisador deve anexá-lo. Anexar curriculum.

Se haverá a aplicação de questionários com perguntas fechadas e semi-abertas? faz-se necessário anexar as questões de abordagem aos entrevistados junto ao projeto.

O PESQUISADOR INCORPOROU NO PROJETO DE PESQUISA AS SEGUINTE PENDÊNCIAS: PROJETO DE PESQUISA INTEGRAL; OS DOIS QUESTIONÁRIOS PARA AS ENTREVISTAS DE UMA FORMA COERENTE COM O OBJETIVO DA PESQUISA; CURICULUM LATTES DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL. O COLEGIADO CONSIDERA ATENDIDA AS PENDÊNCIAS

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O propósito da pesquisa é analisar o ideal de prática profissional dos graduandos do último ciclo de graduação (internato) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/UFG), bem como, conhecer o perfil sócio-demográfico dos estudantes do último ciclo da graduação da FM/UFG para se observar as possíveis consonâncias ou dissonâncias entre o ideal profissional desses graduandos com as diretrizes curriculares nacionais e com o projeto político-pedagógico da Instituição. O projeto não incorre em nenhum óbice ético, sendo assim, sugiro ao CEP a aprovação.

, 26 de Abril de 2012

Assinado por:

JOSE MARIO COELHO MORAES

### **Escopo e política**

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

### **Envio de manuscritos**

#### **Submissão on line**

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

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

#### **Avaliação dos originais**

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

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

## Forma e preparação de manuscritos

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

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

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

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

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

**3. Documentos:** documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) - Limite máximo de 2.000 palavras.

**4. Relato de experiência:** artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

**5. Cartas ao Editor:** cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

**6. Teses:** resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.

**7. Resenha de livros:** poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

**8. Editorial:** o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

### Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)

- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação. - Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês.

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

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

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

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

## Referências

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

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

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

## Exemplos:

### Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. RevBrasEducMéd1998;22(2/3)58-66.

## **Artigo de Periódico em formato eletrônico**

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

## **Livro**

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

## **Capítulo de livro**

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

## **Teses, dissertações e monografias**

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

## **Trabalhos Apresentados em Eventos**

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

## **Relatórios Campos**

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

## **Referência legislativa**

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

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

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

## **Declaração de Autoria e de Responsabilidade**

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

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

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

## **Ética em Pesquisa**

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

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

## **Conflitos de Interesse**

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