



UFG

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

ELIANE CONSUELO ALVES RABELO

**AVALIAÇÃO DE TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS EM ESCOLAS MÉDICAS
GOIANAS**

Goiânia
2021

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES
ELETRÔNICAS DE TESES**

E DISSERTAÇÕES 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), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), 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.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

Eliane Consuelo Alves Rabelo

3. Título do trabalho

AVALIAÇÃO DE TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS EM ESCOLAS MÉDICAS GOIANAS

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

Documento assinado eletronicamente por **Nilce Maria da Silva Campos Costa, Usuário Externo**, em 03/12/2021, às 20:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **ELIANE CONSUELO ALVES RABELO, Discente**, em 13/12/2021, às 15:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2547958** e o código CRC **D90B75CB**.

Referência: Processo nº 23070.010332/2021-15

SEI nº 2547958

ELIANE CONSUELO ALVES RABELO

**AVALIAÇÃO DE TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS EM ESCOLAS
MÉDICAS GOIANAS**

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.

Orientadora: Profa. Dra. Nilce Maria da Silva Campos Costa
Área de concentração: Ensino na Saúde

Goiânia
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Rabelo, Eliane Consuelo Alves

AVALIAÇÃO DE TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS EM ESCOLAS MÉDICAS GOIANAS [manuscrito] /
Eliane Consuelo Alves Rabelo. 2021.

151 f.

Orientador: Prof. Nilce Maria da Silva Campos Costa . Dissertação (Mestrado) -
Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), , Goiânia, 2021.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras.

1. Educação Médica. 2. Avaliação Institucional. 3. Currículo Baseado em Problemas. 4.
Docente de Medicina. I. , Nilce Maria da Silva Campos Costa, orient. II. Título.

CDU 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE MEDICINA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **01/2021** da sessão de Defesa de Dissertação de **Eliane Consuelo Alves Rabelo**, que confere o título de Mestre(a) em **Ensino na Saúde**, na área de concentração em **Ensino na Saúde**.

Aos **três dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e um**, a partir das **08 horas**, na **sala de vídeo conferência**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “**AValiação de Tendências de Mudanças em Escolas Médicas Goianas**”. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora **Nilce Maria da Silva Campos Costa (PPGES/UFG)**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora **Jadete Barbosa Lampert (UFSM)**, membro titular externo; Professora Doutora **Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes (PPGES/FANUT/UFG)**, membro titular interno. As participações ocorreram através de videoconferência. Durante a arguição os membros da banca **fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Nilce Maria da Silva Campos Costa**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos **três dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e um**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

**AValiação de Tendências de Mudanças em Escolas Médicas
GOIANAS**

Documento assinado eletronicamente por **ELIANE CONSUELO ALVES RABELO**, **Discente**, em 03/03/2021, às 13:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Nilce Maria da Silva Campos Costa, Usuário Externo**, em 05/03/2021, às 14:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes, Professor do Magistério Superior**, em 15/03/2021, às 16:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Jadete Barbosa Lampert, Usuário Externo**, em 31/03/2021, às 18:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1910970** e o código CRC **6B87CD14**.

Referência: Processo nº 23070.010332/2021-15 SEI nº 1910970

https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=usuario_externo_documento_assinar&id_acesso_externo=117681&id_documento=2065085... 1

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno(a): Eliane Consuelo Alves Rabelo

Orientador(a): Prof. Dra. Nilce Maria da Silva Campos Costa

Membros:

1. Nilce Maria da Silva Campos Costa
2. Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes
3. Jadete Barbosa Lampert

Suplentes:

1. Edna Regina Silva Pereira
2. Fabiana Aparecida da Silva

Data: 03/03/2021

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu maior companheiro em todas as jornadas, por me dirigir em cada passo, abrindo todas as portas de forma tão sobrenatural para que eu prosseguisse no mestrado.

Ao meu esposo Arlam Carneiro Silva Júnior por seu amor concreto que me auxilia e me apoia naquilo que nos faz crescer juntos.

Aos meus filhos Liz Rabelo Carneiro e João William Rabelo Carneiro que me alegam e me enchem de um amor apaixonante todos os dias.

À minha mãe querida Sebastiana Alves Pereira que sempre me ensinou a valorizar e amar os estudos.

Ao meu pai João Rabelo de Moraes (in memoriam) pelo seu exemplo de bondade e honestidade que me acompanham a cada dia.

À toda minha família que me apoia e incentiva na caminhada da vida.

À minha orientadora Prof. Dra. Nilce Maria S. Campos Costa que me inspira desde sua postura respeitosa até em seu sorriso calmo e incentivador.

Às minhas amigas-irmãs Gotas por serem tão minhas, por fazerem parte da minha história ontem, hoje e sempre.

A todos os amigos que fazem a vida ser mais solidária, amável e empática.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás por acreditarem na construção de um ensino de qualidade e semearem o gozo pelo processo de ensino-aprendizagem.

A todos os mestres que me inspiraram desde os meus primeiros passos no caminho do aprendizado.

Aos meus alunos que integram a realização diária do meu sonho de compartilhar saberes.

APRESENTAÇÃO

Filha de Sebastiana Alves Pereira (educadora física e enfermeira que desbravou Goiás na adolescência e partiu da limpeza de hospital para 2 graduações e a construção de um legado de cuidado que me será exemplo todos os dias), e de João Rabelo de Moraes (um homem honesto e pacífico que por aqui deixou muitas sementes de bondade), casada com Arlam Júnior (marido que me ensina a ser uma pessoa melhor todos os dias, pai incrível, músico, engenheiro civil, professor universitário) e mãe da Liz de 5 anos e do João William de 2 anos (paixões e luz da minha vida). Também sou médica graduada pela faculdade de medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), fiz residência em Clínica médica na Santa Casa de Goiânia e residência em pneumologia no Hospital Geral de Goiânia. Fui professora substituta da disciplina de Estudo do Método Clínico na UFG nos anos de 2017 e 2018 e atualmente sou professora da disciplina de Habilidades Médicas 2 no Centro Universitário de Mineiros / UNIFIMES – Trindade.

A intenção de cursar um mestrado foi gerada e cresceu em mim a partir do momento em que vi o quanto a área acadêmica me realiza como profissional e como pessoa e que, para prosseguir em um caminho de docência melhor fundamentado, eu deveria aprimorar meus conhecimentos e meu currículo.

Refletindo sobre esse caminho rumo a docência recordei-me que meu interesse por ensino parece algo nato: desde o ensino fundamental gostava de estudar com o objetivo de ajudar meus colegas ensinando-os aquilo que havia aprendido. Durante minha graduação em Medicina, a qual cursei na Universidade Federal de Goiás (UFG), esse interesse persistia e somou-se a ele um desejo de não apenas ensinar, mas também de colaborar para a promulgação de mudanças emergenciais na estrutura de ensino da minha faculdade.

Presenciei nos anos de 2006 a 2011 tentativas de inovação e adequação em vários aspectos envolvidos na formação médica: me intrigavam os novos métodos de ensino que se aproximavam cada vez mais através das faculdades de medicina que surgiam em Goiás, pois percebia sinais de integração do estudante com o serviço público em seus diversos graus de complexidade vislumbrando a reestruturação dos cenários de prática.

Considereei meu curso ainda distante dos novos cursos que se instalavam (meus primeiros anos foram repletos de disciplinas lecionadas dentro de laboratórios, com conteúdos voltados a uma “superespecialização”, com pouca contextualização do conteúdo com a prática médica), mas via sinais de mudanças, como a disciplina de Saúde Coletiva que procurava integrar o conhecimento à prática humanizada, com propostas de aproximação do aluno à comunidade.

Outras atividades da graduação que apontavam para o que orientavam as Diretrizes Curriculares Nacionais foram por mim vivenciadas em projetos de pesquisa por meio da monitoria de patologia, das Ligas Acadêmicas e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde.

Ainda no itinerário em busca de informações sobre as revoluções no Ensino Médico que me cercavam fui aos congressos de educação médica do Centro-Oeste, Paulista e Brasileiro no ano de 2008 onde presenciei discussões a respeito da necessidade de mudanças nas escolas médicas brasileiras e ressalvas da importância da avaliação dessas mudanças. Nessas oportunidades foi semeado em mim o sonho de assumir em algum momento uma responsabilidade maior em promulgar e consolidar renovações robustas e sólidas na educação médica na minha faculdade, no meu Estado e quiçá no meu País. Esse sonho ficou aqui guardado

comigo durante os anos, e, após a conclusão das residências médicas, tive a oportunidade de iniciar as atividades no magistério.

O contexto acadêmico da graduação como docente, reacendeu em mim a necessidade de aprimorar conhecimentos e colaborar com os processos de mudanças em prol da formação de profissionais competentes para atender às necessidades da comunidade.

Um caminho, uma necessidade, uma busca para continuar caminhando.

Essa dissertação é fruto e semente de uma inquietação que busca ser produtiva em um contexto social e acadêmico sempre carente de mudanças por seu dinamismo nato.

“Se a universidade quer mesmo mudar o mundo, ainda que só o pouquinho que lhe é possível, é incontornável que ela mesma se engaje em sua própria mudança. Mas só há alguma mudança na universidade, se primeiramente a mudança implicar os atores universitários, especialmente os gestores, professores, pesquisadores e demais profissionais da educação. Sem mudança dos indivíduos, não é possível mudar o mundo.”

*José Dias
Sobrinho*

RESUMO

O presente estudo buscou identificar a tipologia de tendência de mudanças de duas escolas médicas goianas no ano de 2019 (uma pública e uma particular) e comparar os resultados aos obtidos pela Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde / Associação Brasileira de Educação Médica em 2008 e 2013. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, qualitativo e quantitativo, seguindo o Programa de Avaliação de Escolas Médicas da Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde / Associação Brasileira de Educação Médica, que utiliza o Método da Roda, por meio da realização de grupo focal e aplicação de questionário de autoavaliação do curso para a coleta dos dados. A autoavaliação foi realizada em 2019, por atores institucionais representativos das duas escolas que responderam às 17 questões relativas aos cinco eixos conceituais presentes no instrumento: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente. As respostas objetivas permitiram identificar a tipologia da escola (Tradicional, Inovadora com Tendência Tradicional, Inovadora com Tendência Avançada, Avançada). As justificativas e evidências possibilitaram a análise qualitativa de conteúdo segundo Bardin. A escola 1 apresentou tipologia Inovadora com Tendência Avançada em 2008, Inovadora com Tendência Tradicional em 2013 e, novamente, Inovadora com Tendência Avançada em 2019. Destacou como fortaleza os eixos Projeto Pedagógico e Cenários de Prática, e fragilidade os eixos Desenvolvimento Docente e Abordagem Pedagógica. A Escola 2, evidenciou tipologia Avançada em 2013 e 2019, tendo como eixos mais avançados os Cenários de Prática e a Abordagem Pedagógica, e com tendência mais tradicional os eixos Mundo do Trabalho e Desenvolvimento Docente. A autoavaliação institucional permitiu identificar um movimento em direção ao cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais, com mudanças alicerçadas nas inovações dos Projetos pedagógicos do curso e no uso regular de cenários de prática variados. A falta de formação docente adequada persiste como fator de obstrução ao movimento de mudanças, mesmo após às orientações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Palavras-chave: Educação Médica; Avaliação Institucional, Currículo Baseado em Problemas, Docente de Medicina

ABSTRACT

The present study sought to identify the typology of trend of changes in which two medical schools from Goiás (one public and one private), comparing these results to those obtained by the Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde / Associação Brasileira de Educação Médica in 2008 and 2013. This is a descriptive and exploratory study, qualitative and quantitative, along the lines of the Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde / Associação Brasileira de Educação Médica Medical Schools Evaluation Program, which proposes the use of the Método da Roda, through the realization of a focus group and the application of a self-assessment questionnaire course for data collection. The self-assessment was carried out in 2019, by institutional actors representing the two schools who answered the 17 questions related to the 5 conceptual axes present in the instrument: world of work, pedagogical project, pedagogical approach, practice scenarios and teacher development. The objective answers allowed identifying the school's typology (Traditional, Innovative with Traditional Tendency, Innovative with Advanced, Advanced Tendency). The justifications and evidence enabled the qualitative analysis of content according to Bardin. School 1 presented Innovative typology with an Advanced trend in 2008, Innovative with a Traditional trend in 2013 and, again, Innovative with an Advanced trend in 2019. It highlighted as strength the Pedagogical Project and Practice Scenarios axes and fragility the axes Teacher Development and Pedagogical Approach. School 2, on the other hand, showed advanced typology in 2013 and 2019, with the axes of Practice Scenarios and Pedagogical Approach with a greater advanced tendency, and the fragile World of Work and Teacher Development axes. Institutional self-assessment allowed us to identify a movement towards compliance with the National Curriculum Guidelines, with changes based on Pedagogical Project innovations and the regular use of varied practice scenarios, however, the lack of adequate teacher training persists as an obstacle to the movement of changes, even after the incisive guidelines of the new National Curriculum Guidelines.

Keywords: Medical Education; Institutional Evaluation, Problem-Based Curriculum, Medical Faculty

TABELAS, FIGURAS E ANEXOS

FIGURA 1	Trajetória da avaliação do ensino superior no Brasil.....	34
FIGURA 2	Representação gráfica da interação dos objetos e instrumentos de avaliação do Sinaes.....	35
FIGURA 3	No primeiro momento a sequência de capacitação para o uso do instrumento de autoavaliação ou avaliação interna de cursos de graduação, 2014.....	38
FIGURA 4	No segundo momento da construção dos indicadores a partir das evidências de mudanças no curso de graduação no eixo cenários de prática, 2014.....	39
FIGURA 5	Sequência do terceiro momento da avaliação externa do curso de graduação por professores visitantes (observadores participantes) da CAES/ABEM, 2014.....	40
FIGURA 6	Descrição do esquema do método da roda com dezessete vetores distribuídos em cinco eixos relevantes para a formação profissional na área da saúde.....	43
FIGURA 7	Tipologias de tendências de mudanças da Escola 1 auto avaliada em 2008, 2013 e 2019.....	47
FIGURA 8	Imagens da roda com resultados da autoavaliação da Escola 2 no ano de 2013 com tipologia Inovadora com Tendência Avançada e no ano de 2019 com tipologia Avançada.....	48

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM: Associação Brasileira de Educação Médica

ACE: Avaliação das Condições de Ensino

APS: Atenção Primária à Saúde

CAEM: Comissão de Avaliação de Escolas Médicas

CAES: Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde

CC: Comissão Científica

CFM: Conselho Federal de Medicina

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONAES: Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior

CPA: Comissão Própria de Avaliação

CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DCN: Diretrizes Curriculares Nacional do Curso de Graduação em Medicina

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

ENADE: Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

ENC: Exame Nacional de Cursos

EPS: Educação Permanente em Saúde

FCMSCSP: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

GERES = Grupo Executivo para a Reformulação da Educação Superior

IDA: Projeto de Integração Docente Assistencial

IES: Instituição de Ensino Superior

INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

MEC: Ministério da Educação

MFC: Medicina de Família e Comunidade

PAIUB: Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras

PARU: Programa de Avaliação da Reforma Universitária

SINAES: Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

OS: Organização Social

OMS: Organização Mundial da Saúde

PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PISC: Programa Integrado de Saúde Coletiva

PBL: Problem Based Learning (Aprendizagem Baseada em Problemas)

PIBIC: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPC: Projeto Pedagógico Curricular

PROMED: Programa de Incentivo Às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas Brasileiras

PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SINAES: Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

UBS: Unidade Básica de Saúde

USP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO.....	14
ABSTRACT.....	15
TABELAS, FIGURAS E ANEXOS.....	16
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	17
1 INTRODUÇÃO	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Avaliação do Ensino Superior: Sentidos e Práticas	23
2.1.1 Avaliação Regulatória como tendência de prática mercantil no atual contexto político.....	25
2.1.2 Avaliação Educativa como efetivação da democracia para construção de mudanças	27
2.1.3 Autoavaliação institucional: o caminho reflexivo que leva à emancipação ...	28
2.2 Panorama da educação médica do Brasil: integração entre formação de avaliação para garantia de qualidade.....	30
2.2.1 A proliferação de escolas médicas.....	30
2.2.2 A trajetória em busca da qualidade do ensino médico: paradigma flexneriano e paradigma da integralidade.....	31
2.2.3 Diretrizes curriculares nacionais: o caminho para a efetivação do paradigma da integralidade	36
2.2.4 Avaliação do ensino superior no Brasil: Sinaes e suas implicações nos processos de mudanças na educação médica	40
2.2.5 Avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área da saúde: as ações da CAES/ABEM	43
3 OBJETIVOS	46
4 MÉTODO(S)	47
4.1 Tipo de estudo	47
4.2 Amostra	47
4.3 Participantes	48
4.4 Instrumento de coleta	49
4.5 Coleta de dados.....	49
4.6 Análise dos dados.....	50
4.7 Aspectos éticos	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
PUBLICAÇÕES	90
Artigo 1: “AUTOAVALIAÇÃO INSTITUCIONAL PELO MÉTODO DA RODA: MOVIMENTO DE MUDANÇAS EM DUAS ESCOLAS MÉDICAS”	90
Artigo 2: “TRANSPOSIÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO INSTITUCIONAL PELO MÉTODO DA RODA PARA O MEIO DIGITAL: POTENCIALIDADES PARA UMA AVALIAÇÃO DIALÓGICA EM TEMPOS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL”	112
REFERÊNCIAS.....	125
ANEXOS	140
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética.....	140
Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	143
Anexo 3 – Instrumento de coleta de dados da autoavaliação pelo Método da Roda	145

1 INTRODUÇÃO

A avaliação no ensino superior é uma forma de reconhecimento e prática da responsabilidade social das Instituições de Ensino Superior por contribuir para a melhoria do ensino ofertado e, conseqüentemente, garantir a qualidade dos serviços prestados à comunidade. A avaliação institucional, foco deste estudo, é composta pela avaliação interna e externa e possibilita “melhor conhecimento e evolução da instituição para a formulação de políticas institucionais, além de colaborar para a melhoria do desenvolvimento institucional” (NUNES; PEREIRA; PINHO, 2017).

Diante da globalização atual com a massificação da educação superior, a modernização dos meios de regulação estatais, o desenvolvimento tecnológico que facilita a troca de informações e potencialmente acelera as mudanças, a avaliação passou “a ser assumida como mecanismo de poder em que são privilegiados os instrumentos que possibilitem mensurações e comparações, elementos tidos como importantes para gestão política e monitoramento da eficiência” (SOBRINHO; RISTOFF, 2003).

A função regulatória é justificada para alcançar uma rasa sensação de garantia de qualidade diante de uma realidade em que dados brutos são divulgados pelos meios de comunicação e, assim, resultados de avaliações são transmitidos como notícias públicas maquiadas pelos interesses de mercado, admitidas como verdades absolutas. A disseminação dos *rankeamentos* das escolas ganha mais prestígio em um contexto neoliberal que valoriza a competitividade para fins de qualidade (BELLONI, 1995). Entretanto, a avaliação feita puramente para fins regulatórios pode acarretar a falta de utilização dos resultados para reflexão e transformação da realidade das escolas (FALLEIROS; PIMENTA; VALADÃO JÚNIOR, 2016).

Os fins aos quais se dedica a avaliação devem permitir a formulação de subsídios relevantes à sociedade (como prestação de contas do investimento público no atendimento às suas necessidades), ao governo ao possibilitar a elaboração de políticas públicas a às entidades organizadas ao oferecer orientação para suas estratégias de desenvolvimento e articulação interinstitucional e com a população (BELLONI, 1995). Porém, para atingir essas finalidades, para além da fiscalização, é

preciso implementar avaliações com caráter formativo e democrático, que promovam a reflexão e ação em torno da construção de conhecimentos, realização de serviços, programas e produtos que correspondam às demandas e necessidades da sociedade (SOBRINHO, 2018).

Dentro das iniciativas de avaliação com caráter educativo, a autoavaliação merece destaque por ser um processo reflexivo, de autoconhecimento, que potencialmente possibilita um diagnóstico institucional que “servirá de espelho para a indicação de soluções para a conservação ou modificação dos rumos da IES, considerando seus objetivos e metas, com base na sua missão” (GALDINO, 2011). A autoavaliação institucional como parte importante dos processos avaliativos formativos permite não somente averiguar o cumprimento de obrigações institucionais, mas também tem papel importante no estímulo à mudanças.

Processos de mudanças no ensino superior na saúde historicamente ocorrem entrelaçados, tendo como fio guia o suprimento das necessidades sociais: as demandas da saúde passam a exigir novas estruturas de ensino que, por sua vez, reivindicam processos avaliativos pertinentes aos novos cenários estabelecidos. Exemplo disso, foi a emergência gradativa da promoção da saúde como prioridade na assistência à população, o que instigou o questionamento das estruturas tradicionais de ensino baseadas no modelo flexneriano. O dinamismo exigido nos processos de assistência à saúde e de ensino levou à mudança de paradigma rumo à integralidade e incentivou a construção de políticas públicas, com destaque à homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (LAMPERT *et al*, 2019; ALMEIDA FILHO, 2020; BRASIL, 2001). Os conduziu a movimentos nos processos de avaliação institucional em que modelos produtivistas de verificação de eficiência foram contestados e práticas avaliativas formativas e democráticas passaram a ser exigidas (LAMPERT *et al*, 2019, ALMEIDA FILHO, 2020).

Diante das mudanças de paradigmas e a necessidade de aplicação de métodos de avaliação que alimentassem os processos de transformação nas escolas médicas, surge este trabalho que dedica-se a discorrer sobre a avaliação institucional como instrumento de legitimação das mudanças no ensino superior com destaque ao modelo de avaliação das escolas da área da saúde na construção de mudanças

promovido pela Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde da Associação Brasileira de Educação Médica (CAES/ABEM) (LAMPERT *et al.*, 2009).

O objetivo desse estudo surgiu do questionamento se escolas médicas goianas seguem movimentos de mudanças rumo ao cumprimento das DCN, com a possibilidade de melhor verificação desses processos por meio de análise comparativa com autoavaliações anteriores que utilizaram mesmo instrumento de coleta de dados do modelo de avaliação das escolas da área da saúde da CAES/ABEM, com vistas a verificar tendências de mudanças em escolas médicas ((LAMPERT *et al.*, 2009; LAMPERT *et al.*, 2019; BRASIL, 2001; CNE, 2014).

Será apresentado referencial teórico referente à avaliação institucional e sua importância no contexto do ensino médico, detalhamento do Método da Roda com seus resultados anteriores, métodos utilizados na pesquisa e resultados alcançados.

O processo, os resultados e as discussões aqui expostos objetivam a reflexão e a valorização de avaliações contínuas, coletivas, educativas que possibilitam transformações institucionais e, conseqüentemente, sociais, instigando que “A universidade do século XXI precisa ser aberta e romper com o modelo tradicional de instituição, como um sistema fechado e lutar pela sua autonomia e legitimidade, no sentido de construir a sua identidade institucional e cumprir a sua responsabilidade social” (NUNES; PEREIRA; PINHO, 2017).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Avaliação do Ensino Superior: Sentidos e Práticas

O ensino superior tem como principal responsabilidade social a formação (em seu sentido mais amplo, complexo e completo) integrada à produção e disseminação do conhecimento, possibilitando a estruturação de cidadãos competentes e éticos (SOBRINHO; RISTOFF, 2003).

A proposta educacional a ser ofertada pelo ensino superior é regida por diretrizes e princípios constitucionais que destacam a garantia de oferta e da qualidade do ensino, cujos valores visam oportunizar o pleno desenvolvimento humano, o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho (BRASIL, 2006). Esses valores são melhor assegurados quando é promovida a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão em prol do estudo sistemático dos temas e problemas mais relevantes da sociedade, tanto do ponto de vista científico e cultural, quanto regional e nacional, conforme legislado pela Constituição Federal e Lei de Diretrizes e Bases (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996).

Os termos constitucionais que determinam a educação como direito universal, dever do Estado e da família, promovida e incentivada com a colaboração social, para o pleno desenvolvimento da pessoa, do cidadão e do trabalhador, também trazem à tona a responsabilidade da gestão estatal sobre a educação, gestão essa composta por duas grandes funções: a de regulação e a de avaliação propriamente dita (BRASIL, 1988; SOBRINHO; RISTOFF, 2003). Contudo, a responsabilidade de avaliação não cabe somente ao Estado: o comprometimento público e a finalidade social das IES revela a necessidade do caráter coletivo com o qual a avaliação deve ser assumida.

A avaliação aqui tratada é a avaliação institucional, que se destina à avaliação de políticas, de projetos e de instituições; diferente da avaliação educacional que diz respeito à avaliação de aprendizagem ou de desempenho escolar e à avaliação de currículos (BELLONI, 1999).

A avaliação institucional é apresentada classicamente pelo *Joint Committee on Standards for Evaluation*, em 1981, como “investigação sistemática do valor e do mérito de algum objeto”. Esse conceito, segundo Dilvo Ristoff (2003) contempla alguns dos elementos essenciais do trabalho avaliativo: o caráter investigativo, a natureza sistemática e o reconhecimento de que todos os objetos têm valor intrínseco e valor de mercado. Em 1989, Michael Scriven traz uma definição semelhante de que “Avaliação é o processo o qual se determina o mérito, o valor de mercado e o valor das coisas”, porém, que se distingue da primeira por considerar que o processo avaliativo determina valor ao invés de estudá-lo, como um container que determina o conteúdo, cuja valoração ocorre não a partir do que é encontrado, mas a partir do que se constrói sobre o encontrado (SCRIVEN, 1991; SOBRINHO; RISTOFF, 2003).

Isaura Belloni (1999) considera a avaliação como instrumento de melhoria da educação – da sua qualidade e democratização – com impacto no processo de transformação social e ressalta duas tendências principais que caracterizam a avaliação no cenário brasileiro: a que se direciona para a hierarquização e controle e a que se volta para a melhoria e mudança (BELLONI, 1999). Segundo a autora, a primeira tendência poderia ser denominada meritocrática (também chamada de Avaliação Regulatória), orientada para o cumprimento de requisitos e normas, buscando selecionar as melhores Instituições de Ensino Superior (IES), que terão seu desempenho publicizado através de padrões de excelência (*rankings*), e cuja colocação nas listas hierárquicas de desempenho impacta diretamente seu financiamento - quanto melhor a IES mais recursos ela recebe e quanto pior, menos recursos.

Já a segunda tendência associa a definição de avaliação direcionada à efetividade científica e social da instituição, que neste trabalho trataremos como Avaliação Educativa, visando a transformação em busca da “qualidade e da excelência não excludentes, mediante a identificação dos acertos e das dificuldades, com a finalidade de desenvolvimento social”. Para Belloni esses critérios não são contraditórios, sendo a combinação entre mérito e qualidade da atividade pedagógica complementares e compatíveis entre si. A mesma autora já dizia nos anos 1980 que a avaliação institucional “é um empreendimento que busca a promoção da tomada de consciência sobre a instituição” o que colabora para uma efetiva transformação e melhoria individual e institucional (BELLONI, 1980).

A prática ideal de avaliação proporciona a possibilidade de se realizar um diagnóstico da realidade institucional, permitindo conhecer para saber as necessidades da instituição e então se pensar em melhorias. A avaliação deve ser assim, um meio de reflexão para a tomada de decisões, permitindo “pensar a realidade que se tem, aonde se quer chegar e o que fazer para alcançar o que se deseja” (BOTIGLIERI; BORGES; ROTHEN, 2017).

2.1.1 Avaliação Regulatória como tendência de prática mercantil no atual contexto político

A responsabilidade do Estado e da comunidade educativa referente à Educação Superior traz à tona a necessidade de regulação para controle e fiscalização com vistas à construção de um sistema de boa qualidade, consolidado como um serviço público. A questão é que a prática avaliativa regulatória esgotada em si mesma, quando realizada com cunho meramente burocrático e legalista, sem sentido filosófico e ético, acaba por assumir conotação mercadológica e competitiva, com grandes vínculos com o financiamento e apoiada em *rankeamentos*, o que impede a função social formativa e construtiva do propósito avaliativo que de fato possibilita impacto no processo de transformação social (SOBRINHO; RISTOFF, 2003).

A cultura administrativa com bases regulatórias pode ser identificada em ações governamentais atuais que demonstram fundamentos em interesses mercantis para a condução das IES. Exemplo disso é o Programa Future-se - Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras, que busca colocar a gestão das atividades de ensino, pesquisa e inovação das Instituições Federais de Ensino Superior sob a responsabilidade de Organizações Sociais (OS). Essa terceirização permite “abrir um leque de possibilidades, em especial a mercadorização do ensino e a mercantilização estrita da pesquisa” (SERAFIM, 2019).

A concretização de Programas como o Future-se acaba por transformar o significado próprio de instituição para Organização Social (OS). Segundo Michael Freitag, instituição, enquanto prática social, tem como fim o desenvolvimento dos valores da sociedade, o que requer o reconhecimento público de sua legitimidade e

autonomia. Já uma OS é caracterizada por sua instrumentalidade, com compromisso com o resultado prático, adaptando os meios ao fim particular a que visa (FREITAG, 1996). Essa diferença estabelecida entre instituição e organização ressignifica a própria avaliação: a avaliação regulatória isolada se adequa às necessidades do estabelecimento de OS, enquanto a emancipatória proporciona o desenvolvimento de instituições educativas de fato. Para Dias Sobrinho e Ristoff (2003):

“Segundo a concepção de instituição social a avaliação instaura a reflexão e o questionamento, ou seja, a produção de sentidos; por outro lado, do ponto de vista da organização, a ‘avaliação’, sendo mais propriamente controle e regulação, prescinde de qualquer exercício de reflexão e de interrogação: os sentidos (da eficiência, êxito, lucro e seus meios, como o planejamento organizacional, a administração eficaz...) já são dados e seus sentidos se completam em si mesmos. Portanto, não havendo questões o que resta é só medir. Dito isto, é preciso já nesta altura declarar a ideia que constituirá o eixo dessas reflexões: a avaliação tem sido um poderoso instrumento, utilizado por governos de distintos quadrantes, para transformar as instituições educativas, por natureza orientadas às dimensões sociais e públicas, em organizações auto-centradas e voltadas aos interesses privados daqueles que, como clientes, teriam o direito de se beneficiar individualmente da educação e seus efeitos” (p.37).

As mudanças de configurações das políticas implementadas pelo governo inevitavelmente determinam movimentos de transformações nos processos de avaliação. “Cada vez mais as concepções e práticas de avaliação vão se deslocando do domínio dos educadores para as instâncias administrativas governamentais” (SOBRINHO, 2018). Essas instâncias, instauradas por meio de agências governamentais locais e nacionais, realizam a avaliação com padrões de qualidade associados à eficiência nos processos e à eficácia nos resultados, sendo a qualidade assim objetivada, medida e susceptível a comparações.

Com isso, “a noção naturalizada e amplamente difundida de qualidade passou a ser aquela que as notas e os *rankings* mostram de modo objetivo e quase inconteste, para orientação dos setores sociais interessados, para a aplicação de financiamentos e outras medidas governamentais”. Exemplos de instrumentos responsáveis pela aferição dessa qualidade são o extinto PROVÃO e o atual ENADE, cujos resultados e estatísticas são tomados como expressão da verdade (SOBRINHO, 2018). Esses exames gerais que estimulam a competição, o individualismo, simplificando as

aprendizagens, nivelando por baixo e homogeneizando os indivíduos, o conhecimento e as culturas refletem a prática de uma avaliação com tendência regulatória (BELLONI, 1999).

2.1.2 Avaliação Educativa como efetivação da democracia para construção de mudanças

A educação pode ser concebida como caminho para ampliação de possibilidades democráticas, um espaço social de mediação entre aprendentes e a sociedade e o desenvolvimento científico, com isso, a escola passa a ser o ambiente estruturado para a democratização dos saberes (científico e o popular, o universal e o regional) (BELLONI, 1999). Estabelece-se assim um caminho de via dupla: a democratização da educação que leva à construção de democracia na sociedade e vice-versa.

Em um cenário em que a educação não é posta como prioridade a democracia fica fortemente ameaçada. Torna-se, então, imprescindível o desenvolvimento e prática de avaliações que visem o aperfeiçoamento da qualidade da educação para a mudança das escolas em instituições voltadas e comprometidas com a aprendizagem e com a transformação da sociedade em uma sociedade realmente democrática (BELLONI, 1999).

O caráter da avaliação que leva a esse tipo de mudança deve ser formativo, global, integrado, com ênfase qualitativa, contínuo, flexível e confiável. Os resultados dela esperados são de reflexão, tomada de consciência e estabelecimento de metas para a melhoria que propicia autonomia e emancipação institucional, não o simples controle (SOBRINHO; RISTOFF, 2003).

Assumir a Avaliação Educativa como prioritária e mais efetiva para o crescimento institucional não significa negar o quantitativo, rejeitar a função regulatória do processo avaliativo. A base sólida trazida pela objetividade de dados, estatísticas devem ser enriquecidas pela riqueza de significados trazida pela reflexões e produção de sentidos dos procedimentos qualitativo. É preciso a valorização de uma análise crítica e participativa das informações colhidas por meio de recursos e

procedimentos técnicos adequados e necessários para garantir credibilidade, sempre mantendo um olhar flexível para a pluralidade para que de fato ocorra a construção de melhorias institucionais (SOBRINHO; RISTOFF, 2003). Como já dizia José Dias Sobrinho e Dilvo I. Ristoff (2003): “Sem negar a regulação, a avaliação formativa e democrática é um instrumento de compromisso de uma educação superior consciente de suas responsabilidades públicas”.

2.1.3 Autoavaliação institucional: o caminho reflexivo que leva à emancipação

A autoavaliação constitui um processo em que a instituição tem a oportunidade de se autoconhecer, admitindo sua identidade, potencialidades e fragilidades, o que possibilita a identificação de caminhos para melhor adequação ao cumprimento de suas funções científicas e sociais (BELLONI, 2008).

Por ser construída pelos próprios componentes da comunidade universitária e representantes da sociedade civil, a autoavaliação institucional, quando realizada de forma comprometida, confiável e transparente, viabiliza um processo legítimo e democrático de apresentação da realidade das escolas para elas mesmas, para o Estado e para a sociedade, reafirmando o compromisso de responsabilidade social por elas assumido (MORETTO; FIOREZE, 2019).

“A responsabilidade social das universidades demanda que, ao invés de um percurso de fora para dentro -feito por muitas instituições sob a lógica da venda da imagem de uma educação que faz “o bem” -, seja, ao contrário, trilhado um caminho desde dentro, autorreflexivo e constitutivo de possibilidades de compreensão das instituições em si e do outro enquanto sujeito que vem dialogar com a realidade, com o saber, a ciência e tantos outros aspectos” (MORETTO; FIOREZE, 2019 p. 108–126).

A autoavaliação institucional é uma exigência legal instituída pela Lei nº 10.861 de 14 de abril de 2004 que propôs a avaliação da educação superior no Brasil por meio do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Essa mesma lei designa a criação de uma Comissão Própria de Avaliação (CPA) pelas IES para a condução dos processos internos de avaliação da instituição, além de ser um pré-

requisito do Ministério da Educação (MEC) para autorização, reconhecimento de cursos e credenciamento institucional (BRASIL, 2004).

O processo de autoavaliação proposto pelo Sinaes orienta a necessidade do envolvimento dos segmentos da comunidade acadêmica (BRASIL, 2004) o que é reforçado por Isaura Belloni (2008) quando refere que nesse processo deve haver representatividade de todos os segmentos da comunidade acadêmica, quais sejam: docentes, discentes e servidores técnico-administrativos, agregando a esses segmentos a participação da comunidade externa, “distanciando-se do caráter endógeno que uma avaliação desse tipo pudesse apresentar” (BELLONI *et al.*, 2008).

A participação decisória coletiva nos pleitos promove a ruptura com a “tradicional dicotomia entre os que decidem ou planejam e os que executam”, pondo em prática a democratização dessas ações (FERREIRA; FREITAS, 2017). Atualmente, cerca de três quintos das universidades federais já adotam instrumentos de autoavaliação para alunos, docentes e técnicos (JESUS; BEDRITICHUK, 2018).

A efetivação da autoavaliação pelas IES, no Brasil, mostra-se polarizada, com relatos que vão desde a “falta de resultados práticos advindos do processo de avaliação” (FALLEIROS; PIMENTA; VALADÃO JÚNIOR, 2016). Atividade “simbólica e improvisada” (RIBEIRO DE JESUS; BEDRITICHUK, 2018), até “uma força motriz de ações inovadoras e de mudanças positivas”, com a possibilidade de tomada de decisão “de maneira segura, transparente e com a participação de todos os segmentos da comunidade acadêmica” (FERREIRA; FREITAS, 2017).

A despeito dos resultados já alcançados, é preciso manter o incentivo à realização da autoavaliação, com ênfase na descrição e análise do processo, valorização do trabalho empreendido pelas CPA, em busca de avanços efetivos como a indução de qualidade da instituição (LEHFELD *et al.*, 2010).

Uma das estratégias de incentivo implementadas pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e pelo INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais) foi a promulgação das Diretrizes para orientar o Relatório de autoavaliação, com o objetivo de apresentar um diagnóstico analítico a respeito da IES, as ações empreendidas, os avanços, os desafios enfrentados e ações previstas para a melhoria das atividades acadêmicas. Essas Diretrizes estabelecem

que o processo de autoavaliação da IES deverá ser consolidado no Relatório de Autoavaliação Institucional, estruturado em torno dos 5 eixos e das 10 dimensões do Sinaes, e que “no relato deve constar como as avaliações influenciaram ou modificaram o processo de gestão da IES e seus planos de melhoria, dando destaque para a evolução acadêmica da IES” (BRASIL, 2014).

Assim, a continuidade do incentivo e da realização das ações de autoavaliação é imprescindível para a construção de uma cultura de avaliação baseada em uma reflexão coletiva acerca da realidade institucional que possibilita a “rediscussão de projetos e prioridades essenciais da Universidade, suas relações com a ciência, a tecnologia, as letras, as artes e suas interações com a sociedade, contribuindo para a sistematização mais consistente dos diversos propósitos da instituição” (JESUS; BEDRITICHUK, 2018).

2.2 Panorama da educação médica do Brasil: integração entre formação de avaliação para garantia de qualidade

2.2.1 A proliferação de escolas médicas

O histórico da educação médica no Brasil é marcado pela abertura progressiva de escolas médicas principalmente a partir dos anos 90 em que o número dessas escolas era de 96 e, hoje, 30 anos depois, esse número alcança 341 escolas com um total de vagas no primeiro ano de 35288. Esses dados colocam o Brasil em segundo lugar do ranking mundial em relação ao número de escolas, ocupando a Índia o primeiro lugar com 392 escolas e uma população 6 vezes maior que a do Brasil. Estados Unidos e China seguem em terceiro e quarto lugares respectivamente, e configuram uma proporção bem menor de médicos formados e escolas médicas por habitante em relação aos dados brasileiros (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2020).

O cenário ainda traz a realidade da desigual distribuição dos médicos pelo território nacional evidenciada pela pesquisa Demografia Médica 2018, realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), com o apoio institucional do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), que apresentou a super concentração de médicos

nas grandes cidades e no litoral (principalmente nas áreas mais desenvolvidas) e nos serviços particulares (SCHEFFER *et al.*, 2018).

A taxa ideal de 2,5 médicos por 1.000 habitantes estabelecida pelo Governo Federal e a quantidade real de médicos insuficiente para atender a demanda de postos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), associada a sua distribuição desigual, alavancou os processos de abertura de novas escolas Médicas com o anúncio realizado pelo Ministério da Educação em 2012 da ampliação de 2.415 vagas em cursos de Medicina. No entanto, esse aumento não foi acompanhado por uma política de distribuição de médicos, garantia de qualidade de ensino e ampliação de vagas de Residência Médica (SCHEFFER *et al.*, 2018).

A lógica de expansão do número de escolas médicas no Brasil foi determinada pelo incentivo à capitalização do setor (privatização do ensino médico) e cujas regras foram ditadas pelas necessidades do mercado, o que levou à concentração das novas escolas nas regiões mais ricas do país, marcadamente a região sudeste, porém com iniciativas governamentais na tentativa de interiorização dos cursos públicos e privados (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

2.2.2 A trajetória em busca da qualidade do ensino médico: paradigma flexneriano e paradigma da integralidade

A proliferação de cursos passou a exigir controles efetivos da qualidade do ensino ofertado, e, para isso, era preciso, primeiramente, definir o que seria de fato um ensino de excelência, o perfil esperado do profissional médico produzido a partir dessa formação.

As transformações no mundo globalizado ditadas pelas políticas implementadas pelos sucessivos governos trouxeram o propósito fundamental de uma formação médica capaz de assegurar a qualidade segundo uma visão economicista e consumista, induzidos por um modelo mundial de universidade que produz profissionais e cria produtos “ajustados às necessidades do desenvolvimento e do progresso” (SOBRINHO, 2018).

Porém, afastando-se do domínio conceitual trazido pelo contexto mercantil e aproximando-se das referências democráticas da educação, tem-se que a qualidade do ensino para a formação de recursos humanos em saúde está intimamente ligada à sua aproximação ao suprimento das demandas sociais, com a urgência de melhor aplicabilidade do ensino aos serviços de saúde e à prática clínica (WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION, 1988), seguindo o objetivo de superar a cisão entre formação e trabalho médico (LAMPERT; COSTA; ALVES, 2016). Esse conceito de qualidade de educação que visa atendimento integral à sociedade foi o foco de discussões e questionamentos sobre o ensino superior iniciados na década de 1960 em um contexto permeado pelo isolamento do mundo do trabalho (PUCCINI; SAMPAIO; BATISTA, 2008).

O cenário histórico que induziu as discussões a respeito das finalidades e práticas da educação médica foi marcado a princípio por reformas educacionais internacionais que, por fim, influenciaram as mudanças no Brasil. Um dos grandes marcos iniciais dessas reformas foi o relatório "*Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*", escrito pelo educador Abraham Flexner em 1910, fruto de sua visita com fins avaliativos a 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá. Nesse relatório, ressaltou que na maioria das escolas os alunos não possuíam preparo prévio, não havia laboratórios e nem relação entre formação científica e trabalho clínico, os professores não tinham controle sobre os hospitais universitários, os currículos não eram padronizados e o ensino era comercializado (FLEXNER, 1910). Após sua publicação, o número de escolas no EUA caiu de 131 para 81 nos 12 anos seguintes (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

As exigências de mudanças no ensino médico já eram sinalizadas antes mesmo da intervenção do relatório Flexner: nos EUA não havia necessidade de concessão estatal para o ensino médico, o que gerou grande aumento do número de escolas de Medicina, com abordagens terapêuticas diversas. As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados, independentemente de fundamentação teórico-científica (MENDES, 1985). Esse contexto aliado a interesses capitais da época fortaleceram a notoriedade do relatório de Flexner: a crescente indústria

farmacêutica passava a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica”, institucionalizando o “sistema médico do capital monopolista” por meio da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

As recomendações às escolas estadunidenses e canadenses apresentadas por Flexner culminaram no incentivo à adaptação do ensino da medicina com adoção de um rigoroso controle de admissão, currículo de quatro anos, divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos realizado no laboratório (exigência de laboratórios e instalações adequadas), seguido de um ciclo clínico de mais dois anos realizado no hospital (exigência de hospitais-escola), com a estruturação de escolas médicas integradas a universidades (BOELEN, 2002). As pontuações de Flexner defendiam o “rigor científico e standardização da educação médica”, mas também ressaltavam que o treinamento, a qualidade e a quantidade da formação médica deveriam responder às necessidades da sociedade, destacando que os médicos tinham obrigações sociais com a prevenção da doença e a promoção da saúde, devendo receber treinamento com amplitude necessária para realizar tais obrigações (FLEXNER, 1910; NUNES, 2010). Porém, como ressalta Jadete Lampert: “não basta que Flexner tenha exortado ao humanismo, pois a estrutura paradigmática com a qual trabalha é essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações” (LAMPERT, 2002).

Mesmo diante dessa essência que não se adequa às necessidades sociais, a estrutura paradigmática de Flexner foi prontamente adotada no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540/68), destacando-se a mudança curricular com extinção das cátedras e adoção de departamentos contendo disciplinas divididas nos ciclos básico e clínico ou profissionalizante (LAMPERT, 2002).

“Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde.

Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas. Esta visão ainda pode ser facilmente encontrada hoje. As necessidades de saúde são tomadas como o ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008 p. 492-499).

As transformações promovidas pelo incentivo do modelo americano não cessaram as discussões a respeito da formação médica no Brasil com vistas à estruturação de profissionais médicos de qualidade e consequente atendimento resolutivo à sociedade. Em 1973, com o objetivo de definir que tipo de médico deveria ser formado no país, a Associação Brasileira de Educação Médica, com a colaboração da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizou o seminário intitulado "A Formação do Médico de Família". As discussões surgidas nesse evento deram origem a relatórios definindo que o médico formado no Brasil deveria ser:

“...capaz de identificar a sócio-patologia do grupo familiar a partir de seus membros, atuando num nível de atendimento primário integral, como médico de primeiro contato; capaz de coordenar uma equipe multiprofissional de saúde no trabalho de promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente e de sua família; capaz de assumir a responsabilidade do atendimento do paciente e de sua família, encaminhando-o segundo suas necessidades a diversos especialistas, supervisionando a participação desses diversos profissionais, garantida a continuidade do atendimento graças ao seu vínculo permanente com a família.” (ASSOCIAÇÃO, 1973).

À mesma época, acontecia o período mais repressivo da Ditadura Militar no Brasil, que enfrentava uma crise na saúde caracterizada na V Conferência Nacional de Saúde pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia aos serviços (BRASIL, 1975). Com isso, surge o Movimento da Reforma Sanitária: envolto por uma severa crise financeira, problemas de saúde, educação, habitação e saneamento da população, o Estado se vê pressionado a assumir um modelo alternativo de assistência médica mais adequado às necessidades políticas do momento: a medicina comunitária, que já vinha sendo colocada em prática em outros países do mundo (SILVA *et al.*, 2010).

Esse modelo apresentado, já anunciava a tendência para o aumento da cobertura dos serviços nas comunidades mais remotas por meio da assistência primária à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Exemplo dessa nova posição estatal foi a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, o PIASS, que almejava a expansão da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios do interior com conseqüente aumento do alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais e viabilização da regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada (AGUIAR, 2003).

As reformas na saúde aqueceram as discussões sobre a necessidade de readequação da Educação às novas realidades, o que pôde ser visto, em 1978, quando a ABEM promoveu novo Congresso com objetivo de fomentar firmemente a estruturação do currículo da graduação para a formação de um médico generalista, cuja denominação deveria ser médico geral, clínico geral ou médico generalista (ASSOCIAÇÃO, 1978). Esse Congresso, teve como uma de suas grandes influências o Relatório Lalonde, de 1974, que questionou o papel exclusivo do médico no tratamento de doenças, evidenciando o seu alto custo e pouca eficácia, principalmente em problemas crônicos (VERAS; FEITOSA, 2019).

As discussões e indicações de uma formação mais generalista com vista à maior integralidade do cuidado médico ganharam força com a Declaração de Alma-Ata que foi um documento síntese da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 pela OMS, na República do Cazaquistão. Nesse documento, foi ressaltada a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS, 1978). A influência dessa Declaração foi tamanha que é considerado como “um marco político de âmbito mundial, que visou a alcançar a realização da atenção primária em saúde para todos indistintamente, até o final do século XX” (LAMPERT, 2002).

Em consonância com os movimentos já apresentados, também ocorreu a Conferência de Otawa (1986), em que houve a definição oficial de Promoção da Saúde e a ampliação do conceito de saúde que passou a ser vista como qualidade de vida (OTTAWA, 1986). Logo após, em 1988, o modelo da medicina preventiva teve de fato seus alicerces firmados no Brasil por meio da VIII Conferência Nacional da Saúde

(1986). Sua influência na formulação das políticas constitucionais do setor saúde foi decisiva, o que pôde ser visto na Constituição Federal (1988): “a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Assim, surge o SUS, fruto de décadas de luta por um sistema mais igualitário e universal, constituindo “a maior política de inclusão social da história de nosso país” (MENDES, 2013). Sua concepção trouxe uma proposta de estrutura organizativa, participativa e transparente, por meio da elaboração de políticas públicas, gerenciamento, fiscalização, investimento de recursos e participação da comunidade. A existência e eficiência do sistema mostrava-se, desse modo, dependente da formação de profissionais da saúde compatível com as mudanças no cenário da saúde. Promoção da saúde, atenção básica e formação médica generalista se mostravam, portanto, práticas indissociáveis para a concretização do atendimento às necessidades sociais (SOUSA; FENANDES, 2020).

O modelo hegemônico de formação no Brasil conduzia à execução de um ensino em função da prática liberal, individualista, fragmentado e mecanicista, com bases na assistência curativa, mostrando-se contraditório à medicina integrada, permeada por valores humanos e voltada à promoção de saúde exigida nos novos moldes estabelecidos pelo SUS (ALMEIDA FILHO, 2010), sendo, a partir de então, o sistema “ordenador da formação dos recursos humanos do país” conforme estabelecido na Constituição de 1988 no inciso III, do art. 200 (BRASIL, 1988). Urgia, portanto, a necessidade de implantação de um ensino fundamentado no paradigma da integralidade, pautado na promoção da saúde como forma de interconectar diferentes áreas do conhecimento ao considerar a humanização, a ética, o controle social e a pesquisa engajada (SOBRINHO, 2018).

2.2.3 Diretrizes curriculares nacionais: o caminho para a efetivação do paradigma da integralidade

Em resposta às pressões de necessidade de mudanças no ensino surgiram experiências de integração ensino-serviço-comunidade como o Projeto de Integração

Docente Assistencial (IDA), em 1981, que buscou a inserção dos alunos na dinâmica de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e o Programa “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (UNI), em 1990, com enfoque na multiprofissionalidade como alicerce para a formação e nos serviços de saúde como cenários de práticas primordiais para a execução dos componentes curriculares (BRASIL, 1981; DIAS; DE LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Contemporânea ao Programa UNI, é criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) pela Associação Médica Brasileira (AMB) em 1991, que se uniu ao CFM e a nove instituições relacionadas à profissão médica com a finalidade “de articular técnica e politicamente um movimento a favor da reforma do ensino médico e elaborar um projeto para avaliação do ensino médico no Brasil” (PAVAN; SENGER; MARQUES, 2017). A execução das fases do projeto da CINAEM expôs pontos-chave para a reforma do ensino, como: os métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente, e a proposta curricular (SIQUEIRA, 2006).

Em consonância com a busca por mudanças na educação ocorre também a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases para Educação em 1996, que conferia liberdade às instituições de ensino superior para o desenho de currículos adequados às realidades regionais e às vocações das escolas, substituindo o antigo currículo mínimo (BRASIL, 1996).

Os movimentos de reestruturações no ensino desencadearam alterações conceituais e estruturais, como as reformas curriculares, o que contribuiu para a homologação pelo Ministério da Educação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), a partir de 2001. Essas Diretrizes adotaram como base o novo paradigma da área da saúde que indicava a formação de um perfil profissional generalista, com a superação do modelo tradicional de formação, para convergir numa proposta educacional mais inclusiva, que considerasse os diferentes contextos de prática para uma formação plena que atendesse as expectativas da sociedade (BRASIL, 2001; GRIBOSKI, 2015).

Dentre as inovações propostas pelas DCN de 2001, destacam-se: a definição do perfil do egresso, a delimitação de competências e habilidades gerais e específicas

para o médico a ser formado e a evidente tentativa de estabelecer alianças entre as ciências biomédicas, a clínica e a saúde coletiva. Também trouxe enfoque para o estabelecimento de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a formação baseada na indissociabilidade entre prática e teoria, a ênfase na formação dirigida para o SUS, baseada em princípios humanistas e inscrita nos princípios da ética e da bioética (MARANHÃO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

Ao propor a formação de profissionais mais críticos, reflexivos e capazes de dar continuidade à sua educação ao longo da vida, as DCN assumem o desafio de consolidar a inter-relação da área da formação de recursos humanos em saúde com os serviços de assistência à saúde (LAMPERT; COSTA; ALVES, 2016).

As mudanças no ensino médico que culminaram na estruturação das DCN acompanham evoluções no processo de ensino-aprendizagem. Essas evoluções foram apresentadas por Julio Frenk e colaboradores em seu estudo sobre a transformação da educação para fortalecer os sistemas de saúde em um mundo interdependente. No estudo, foram categorizadas em 3 grandes ciclos de reformas nos modelos curriculares voltados à formação dos profissionais:

- 1- Ciclo da Aprendizagem de Currículo Baseado na Ciência: estruturado no início do século XX, com bases flexnerianas, apoiado em um currículo científico e com a Universidade sendo o epicentro institucional do modelo.
- 2- Ciclo da Aprendizagem Baseada em Problemas: despontado a partir dos anos 60 no contexto mundial, apoiado na aprendizagem baseada em problemas e com valorização das escolas médicas a partir de centros acadêmicos (desviando o foco dos núcleos universitários).
- 3- Ciclo de Aprendizagem Baseado em Sistemas: fundamentado no currículo baseado em competências e nas relações interdependentes entre sistemas de saúde e de educação (FRENK *et al.*, 2010; ROCHA, 2017).

Os principais movimentos de reformas no ensino na saúde no Brasil nos de 1990 e de 2000 foram caracterizados pelo segundo ciclo de reformas. Já o ciclo baseado em sistemas foi melhor evidenciado a partir da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Lei do Mais Médicos) que, além de propor provimento emergencial e

infraestrutura para a assistência médica no Brasil, também preconizou mudanças na formação médica (BRASIL, 2013, ROCHA, 2017).

A Lei do Mais Médicos regulou a ampliação dos cursos de medicina para maior cobertura de regiões menos assistidas pela atenção médica, com priorização de experiências nos cenários de práticas e incentivo à educação permanente com a integração ensino-serviço. Essa mesma Lei exigiu infraestrutura adequada das Universidades e dos serviços de saúde, porém grande parte das regiões indicadas para a instalação das escolas não apresentavam os cenários de práticas estruturados conforme exigido para o estabelecimento do curso (BRASIL, 2013; RIBEIRO, 2017).

As mudanças da nova legislação também trouxeram a obrigatoriedade da construção e homologação de novas DCN, que foram então apresentadas em 2014. As DCN 2014 diferenciam-se em alguns aspectos das DCN 2001, como destaca ROCHA (2017):

- Incorpora conceitos novos como áreas de competência e domínios de competência;
- Fortalece o ensino de áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, como a atenção básica, a urgência e emergência e a saúde mental;
- Dá centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de conhecimento da medicina de família e comunidade;
- Torna obrigatória a existência de programas de aperfeiçoamento docente nos cursos de medicina;
- Estabelece novos marcos de pactuação entre instituições formadoras e serviços de saúde, como os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) (BRASIL, 2014; ROCHA, 2017)

As DCN 2014 evidenciam de forma detalhada os passos para se alcançar o perfil de egresso, apresentado de forma mais politizada pela maior clareza do comprometimento com os aspectos sociais (ficam explícitos princípios da determinação social do processo saúde doença). Além disso, é trazido um

aprimoramento da avaliação do estudante, da instituição formadora e do professor (ROCHA, 2017).

Transformações efetivas na formação médica brasileira foram possibilitadas por meio da institucionalização do ensino médico como política pública e da reorientação pedagógica destinadas à aquisição de atitudes pró-ativas proporcionadas pelas DCN de 2001 e 2014 (ROCHA, 2017).

Diante dos contínuos processos de mudanças é importante acompanhar a concretização dos novos elementos das DCN por meio de avaliações significativas para verificar a construção do compromisso ético-político do aluno e o envolvimento dele no trabalho em equipe para a solidificação de experiências coletivas que tragam referenciais para sua inserção no mundo do trabalho. Além disso, deve-se averiguar se os aspectos atitudinais do egresso estão sendo executados e se há envolvimento do graduando com a construção do SUS no processo de ensino-aprendizagem, levando à percepção “de pertencimento do futuro profissional ao projeto histórico que representa o SUS, ou de uma forma mais abrangente a construção social do direito à saúde” (ROCHA, 2017).

2.2.4 Avaliação do ensino superior no Brasil: Sinaes e suas implicações nos processos de mudanças na educação médica

O histórico do desenvolvimento dos processos de avaliação da educação superior do Brasil a partir dos anos 80 pode ser dividido em 4 ciclos de evolução (Figura 1) com uma progressão que vai desde a realização de avaliações isoladas até a construção da avaliação emancipatória. Nesse processo, se destaca a criação do Exame Nacional de Cursos (ENC), conhecido como Provão em 1996, por meio do Decreto 2026, que constava na realização de uma prova anual com os discentes do último ano de cursos superiores e o desempenho do aluno era utilizado como único indicador de qualidade para conceituar as IES, conceito esse apresentado em forma de *ranqueamento* (POLIDORI, 2009).

O governo implementou junto ao Provão a Avaliação das Condições de Oferta (ACO), posteriormente, chamada de Avaliação das Condições de Ensino (ACE), que

propôs avaliar os cursos e as Instituições de Educação Superior, viabilizando reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos e credenciamento e credenciamento de IES, mas que não foi utilizada para a estruturação de políticas educativas (POLODORI, 2009).

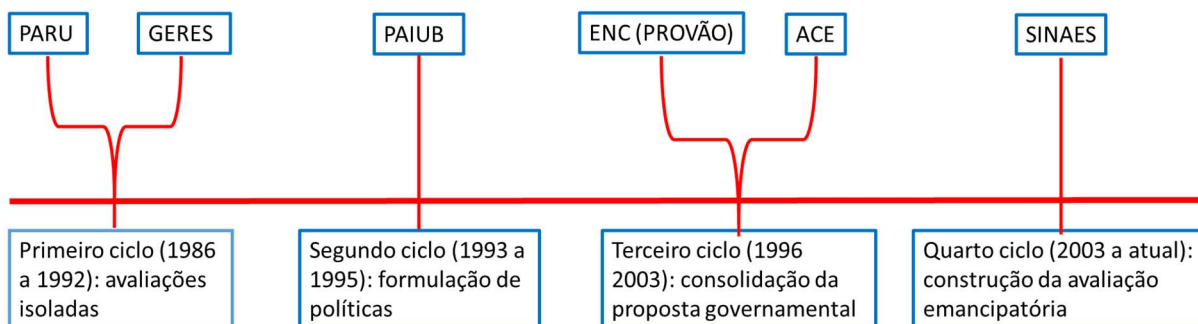


Figura 1: Trajetória da avaliação do ensino superior no Brasil.

PARU = Programa de Avaliação da Reforma Universitária; GERES = Grupo Executivo para a Reformulação da Educação Superior; PAIUB = Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras; ENC = Exame Nacional de Cursos; ACE = Avaliação das Condições de Ensino; SINAES = Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

Fonte: POLIDORI, 2009

O cenário dinâmico na educação superior também apresentava uma expansão desordenada dos cursos nos anos 1990 desencadeando pressões do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) para a realização de exame de ordem para ingresso na carreira médica e pressões internacionais para avaliação da educação superior brasileira. Em reação à essas pressões foi formada a CINAEM com o objetivo de realizar avaliação institucional com fins mais educativos e menos regulatórios, o que resultou em reflexões importantes para uma mudança de paradigma da educação médica no Brasil em prol de transformações nos processos de ensino-aprendizagem, no próprio sistema de saúde e na necessidade de integração entre ensino e serviço (ROCHA, 2017).

As transformações no ensino médico acompanhou as evoluções dos processos de avaliação no ensino superior que resultaram na criação do Sinaes em 2004, com enfoque na avaliação institucional e tendo como base três grandes dimensões: avaliação das instituições, dos cursos e dos estudantes (ENADE) (Figura 2) (BRASIL, 2004; ROCHA, 2017; LAMPERT et al, 2019).

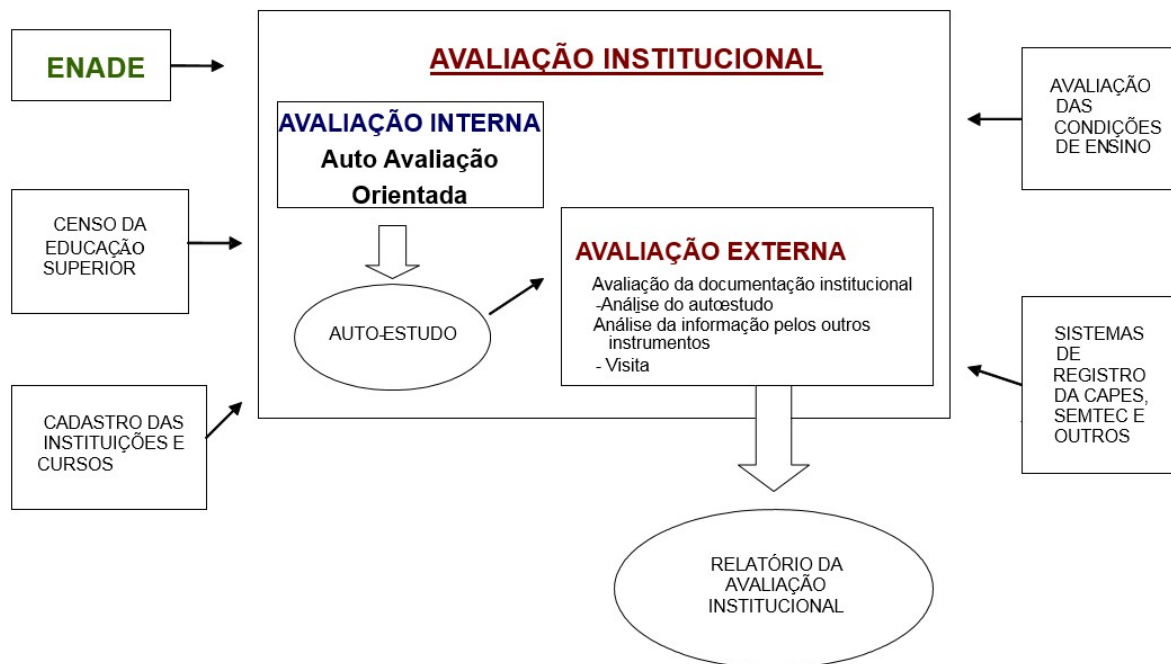


Figura 2: Representação gráfica da interação dos objetos e instrumentos de avaliação do SINAES.
Fonte: Brasil (2004)

Coordenadas pela CONAES e executadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, as etapas de realização dos processos avaliativos do SINAES sofreram modificações ao longo dos anos em prol da melhor efetividade das mesmas, com destaque à introdução do Conceito Preliminar do Curso (CPC) e do Índice Geral de Cursos (IGC) (BRASIL, 2008; VERHINE; 2015).

O CPC foi lançado devido à inviabilidade da realização da visita *in loco* em todos os cursos (seriam necessárias 30 mil visitas de três em três anos e era possível a realização de 6000 mil por ano). Trata-se de um índice de qualidade dos cursos viabilizado por meio da análise de bases de dados sobre a organização didático-pedagógica, o perfil do corpo docente e instalações físicas, além da utilização do censo da educação superior, do ENADE e do questionário que acompanha o ENADE (BRASIL, 2008; VERHINE; 2015).

O IGC utiliza informações dos cadastros, censo e avaliações oficiais disponíveis no INEP e na CAPES para um cálculo de médias que auxiliam o processo

avaliativo da avaliação institucional externa. É considerado um índice que minimiza possíveis dúvidas sobre a qualidade da visita *in loco* (BRASIL, 2008; VERHINE; 2015).

O contexto da criação do Programa Mais Médicos e, conseqüentemente, das DCN 2014 reafirmou a necessidade de avaliação regular, como destaca o trecho das DCN:

“**Art. 30.** A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.” (BRASIL, 2014)

Esse novo ciclo de mudanças impulsionou a criação de um novo instrumento de avaliação do SINAES em 2016, com 15 novos indicadores para avaliar o cumprimento das DCN (PINTO, 2019).

A avaliação promovida pelo SINAES desperta diferentes pareceres a respeito de seu caráter, havendo julgamentos que afirmam tratar-se de um “processo construtivo, formativo e participativo, reduzindo a avaliação como atividade pontual, de caráter classificatório e punitivo” (LAMPERT et al, 2019), e outros que consideram essencialmente regulatória a função dos indicativos de qualidade utilizados pela atual instrumentalização do SINAES, sendo, assim, “frágeis na missão de expressar a real qualidade dos cursos” (PILLATT, 2019).

2.2.5 Avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área da saúde: as ações da CAES/ABEM

O engajamento da ABEM em prol de melhorias na educação médica brasileira e da construção de políticas públicas de educação e saúde, se expressa em vários projetos e ações, com atividades nacionais e regionais. Exemplo disso foi o desenvolvimento de avaliações de escolas médicas por meio da Comissão de Avaliação de Escolas Médicas (CAEM), posteriormente modificada para Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde (CAES) em 2006, com a utilização do Método

da Roda, estimulada pela necessidade de avaliação das mudanças propostas pelas DCN (ABEM, 2019)

O Método da Roda é produto da tese Avaliação de Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil motivada pelo questionamento da responsabilidade social assumida pela instituição e das competências conferidas no ato da colação de grau (LAMPERT, 2002). A coleta de dados do método é feita por meio de um instrumento na forma de questionário que abrange cinco eixos conceituais relevantes: Mundo do Trabalho, Enfoque Teórico/Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários de Prática e Desenvolvimento Docente.

No eixo Mundo do Trabalho aborda aspectos do mundo do trabalho onde o médico deverá inserir-se para prestar serviços de saúde, discutindo a dinâmica do mercado de trabalho em saúde e a organização dos serviços, visando ao atendimento qualificado da saúde da população e à orientação dos futuros médicos.

O eixo II verifica como a escola se vê e situa na sociedade e estabelece sua missão política e pedagógica, além da forma que desempenha seu papel nas inter-relações sociais, concebe saúde e doença e seus fatores determinantes, e como consegue dar um enfoque intersetorial.

A avaliação da abordagem pedagógica é feita no eixo II que abrange métodos de construção e acompanhamento do processo ensino-pedagógico, buscando identificar a tendência do processo ensino-aprendizagem e do processo avaliativo que se desenvolve na escola e a orientação didático-pedagógica (se é mais centrada no professor ou no aluno, com o uso ou não de tutorias).

O eixo IV abrange a tendência para o ensino da prática médica para avaliar se o mesmo é centrado no hospital ou na rede do sistema, identificando a diversificação de cenários (locais) e as oportunidades que a Escola Médica proporciona aos alunos para o aprendizado da prática médica.

A avaliação do desenvolvimento docente é realizada no eixo V que busca caracterizar as políticas da escola médica em relação ao corpo docente e define o perfil de assessoramento dos técnico-administrativos para desenvolvimento de suas tarefas. São abordados os investimentos nos aspectos didático-pedagógicos, técnico-

científicos, na inter-relação com os serviços, e na formação para gestão escolar.

Todos esses eixos conceituais foram explorados nas avaliações da CAES/ABEM realizadas de 2006 a 2008, com a participação de 28 escolas médicas, e de 2008 a 2013, com a participação de 41 escolas médicas. Foi aplicada uma avaliação investigativa com base na triangulação de métodos, construída em 3 momentos (Figuras 3, 4 e 5) : autoavaliação institucional feita por atores sociais da respectiva escola, aprofundamento da avaliação interna com reflexão sobre as evidências de mudanças identificadas e construção de indicadores quali-quantitativos para aprimoramento nos processos de mudanças, e, por último, a avaliação externa por meio da visita de docentes avaliadores que interagem com a escola como observadores participantes (LAMPERT, 2002; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; LAMPERT et al, 2009).

1º Momento - AVALIAÇÃO INTERNA

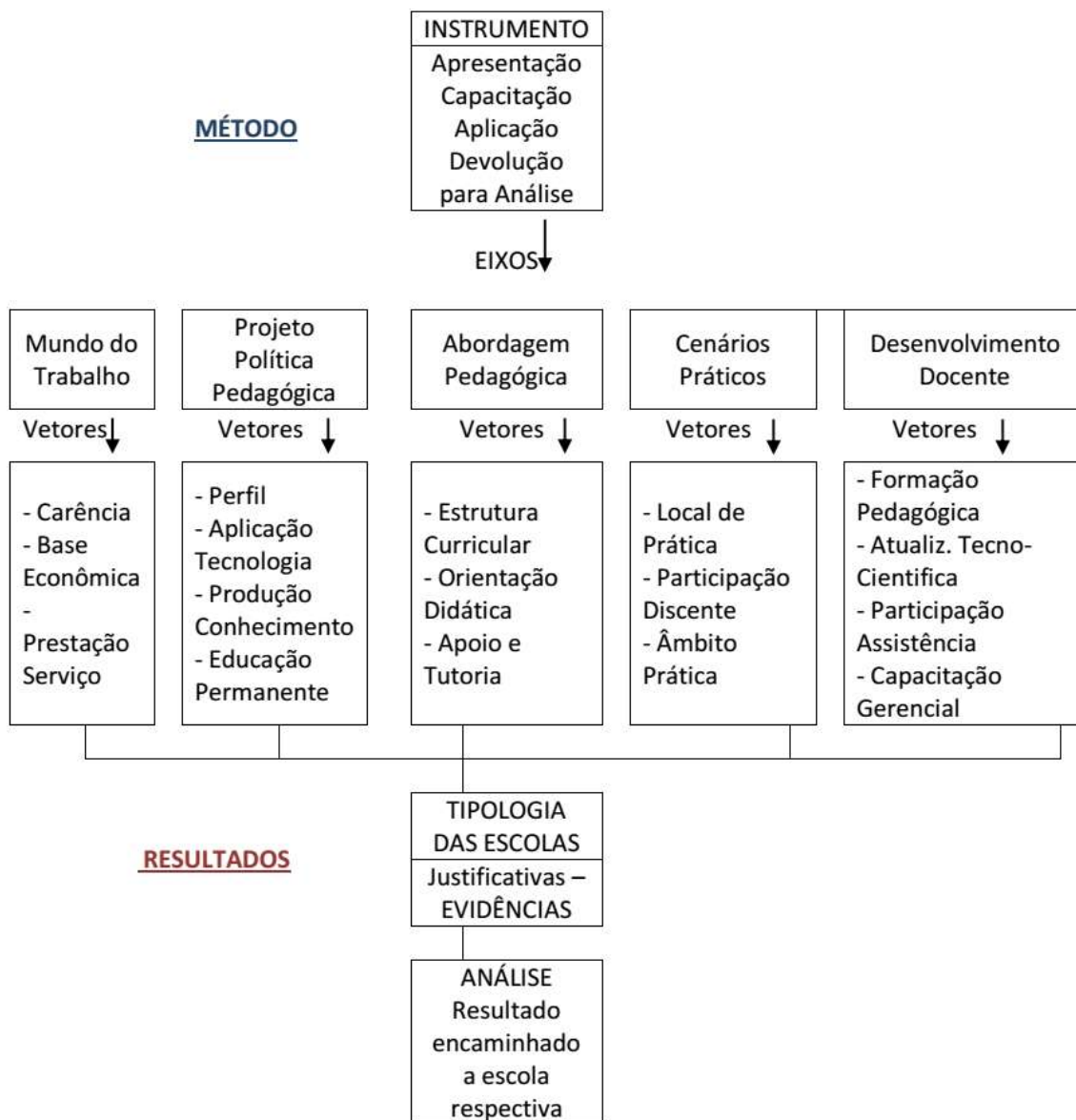


Figura 3. No primeiro momento a sequência de capacitação para o uso do instrumento de autoavaliação ou avaliação interna de cursos de graduação, 2014.

Fonte: LAMPERT et al, 2019

2º Momento - INDICADORES

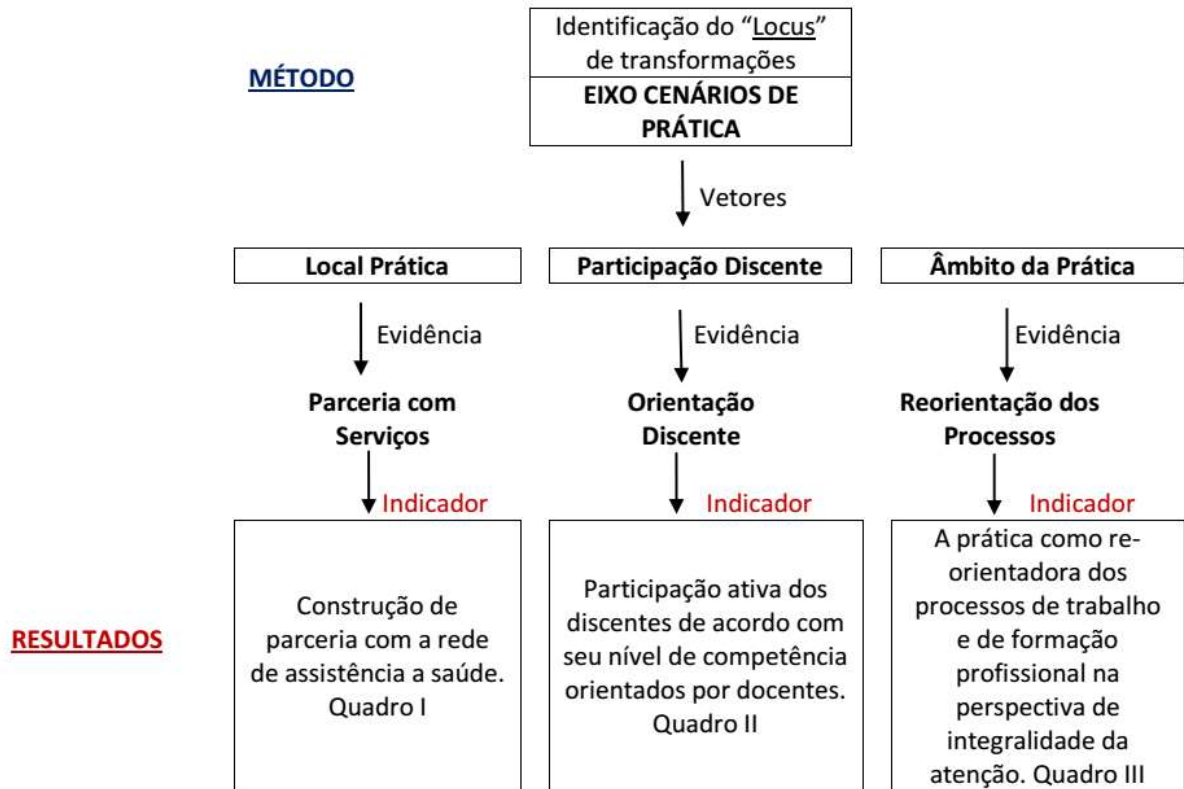


Figura 4. No segundo momento da construção dos indicadores a partir das evidências de mudanças no curso de graduação no eixo cenários de prática, 2014.

Fonte: LAMPERT et al, 2019

3º Momento - AVALIAÇÃO EXTERNA

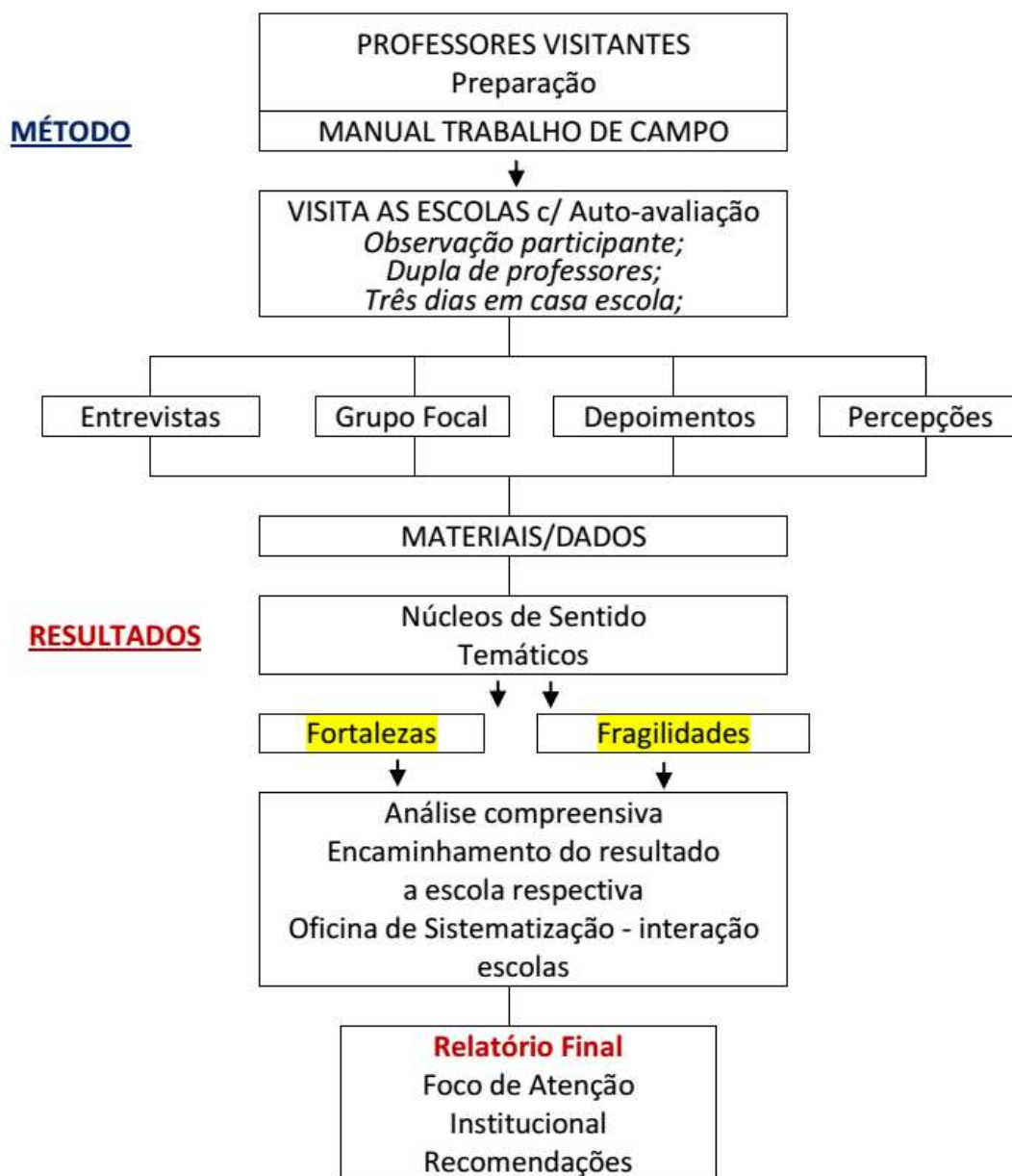


Figura 5. Sequência do terceiro momento da avaliação externa do curso de graduação por professores visitantes (observadores participantes) da CAES/ABEM, 2014.

Fonte: LAMPERT et al, 2019

Os resultados das avaliações mostraram que as escolas apresentam tendências de mudanças em direção ao preconizado pelas DCN devido o movimento que as desloca do modelo tradicional para o modelo avançado. Concluiu-se que os projetos pedagógicos condizem com a formação do médico indicada pelas diretrizes nacionais, porém existem desafios para a execução de ações correlatas, como abordagens pedagógicas conservadoras, a prática de atividades de ensino não

compatíveis com as necessidades de saúde da população e avaliações da aprendizagem ainda tradicionais (LAMPERT et al, 2019).

Destacaram-se nas avaliações a ocupação dos cenários de práticas como um fator de avanço, e como fatores limitantes a fragmentação do conhecimento e a falta de investimento no processo de desenvolvimento docente (LAMPERT et al, 2019).

O programa de avaliação da CAES/ABEM apresenta como fortalezas a possibilidade do diagnóstico institucional da escola e o acompanhamento das ações de avanços e retrocessos em relação às orientações das DCN. As potencialidades da avaliação institucional devem ser cultivadas por meio da continuidade da execução regular de processos avaliativos educativos em prol da construção da responsabilidade social das IES no contexto político, econômico e social onde se inserem (LAMPERT et al,2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar as tendências de mudanças de Escolas Médicas Goianas no ano de 2019 para atender as DCN de 2014.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a tipologia de tendência de mudanças em que se encontram no momento atual escolas médicas goianas, comparando com os resultados obtidos em pesquisa pela CAES/ABEM em 2009 e 2013.

- Verificar se escolas médicas do Estado de Goiás apresentam um movimento de mudança rumo ao atendimento às Diretrizes Curriculares Nacionais.

4 MÉTODO(S)

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, qualitativo e quantitativo, que segue o modelo do programa de avaliação de Escolas Médicas da CAES/ABEM, com a utilização do instrumento que constitui o Método da Roda (Figura 1).



Figura 6. Descrição do esquema do método da roda com dezessete vetores distribuídos em cinco eixos relevantes para a formação profissional na área da saúde.
Fonte: LAMPERT; COSTA; ALVES, 2016

4.2 Amostra

A amostra foi composta por duas escolas médicas do Estado de Goiás, neste trabalho denominadas Escola 1 e 2, escolhidas intencionalmente devido ao objetivo de comparar os dados atuais com dados de avaliações anteriores. Estas escolas foram as únicas do estado que participaram de avaliações anteriores realizadas pela

CAES/ABEM (a Escola 1 participou do projeto de avaliação de 2008 e 2013 e a Escola 2 participou do projeto de 2013)

4.3 Participantes

Foram convidados atores institucionais representativos do conjunto das escolas: docentes, discentes e técnicos administrativos, conforme orientado pelo método adotado, convite esse realizado via e-mail e mensagens em telefones celulares. O método determina que estejam presentes no momento da realização da autoavaliação no mínimo 10 representantes institucionais.

Os critérios de inclusão foram: atores institucionais vinculados às instituições no momento da pesquisa que se voluntariassem a participar da mesma. Já os critérios de exclusão foram: atores institucionais que não comparecerem no dia da aplicação do instrumento.

A secretaria da Escola 1 forneceu os contatos de todos os professores de todos os departamentos e sugeriu a abordagem direta da pesquisadora. Foram enviados 163 contatos, dos quais 60 foram sorteados para o encaminhamento de e-mails com o convite para a pesquisa (buscou-se realizar convite proporcional entre os departamentos para melhor representatividade e pluralidade na avaliação), dos quais 12 foram respondidos: 5 justificando não poderem participar por compromissos pessoais e 7 confirmaram a presença. Os alunos dessa escola foram convidados por meio do contato com representantes de sala que convidaram alunos de todos os períodos do curso (o convite foi informal e os representantes não souberam estimar quantos alunos exatamente foram contactados). No momento da pesquisa compareceram, 5 docentes (2 do departamento de clínica médica, 1 do departamento de clínica cirúrgica, 1 do departamento de pediatria e 1 do departamento de Saúde coletiva) e 14 discentes (2 do 4º período, 3 do 6º período, 7 do 8º período, 1 do 10º período e 1 do 12º período).

Na Escola 2, fez-se contato com a coordenação do curso que a priori relatou ter feito o convite aos docentes e discentes, porém não obteve adesão dos mesmos. Com isso, foi realizado convite ao coordenador da Tutoria da escola que o aceitou e

convidou os demais colegas da disciplina, com 5 confirmações desse grupo. Por meio de um representante discente foram chamados outros estudantes e 6 deles confirmaram presença. No momento da autoavaliação, compareceram 5 representantes docentes (todos tutores, sendo 1 deles também preceptor na atenção secundária) e 5 discentes (1 do 2º período, 1 do 6º período e 3 do 7º período).

4.4 Instrumento de coleta

O instrumento de autoavaliação utilizado para a coleta de dados é apresentado na forma de questionário com 17 perguntas denominadas vetores (Anexo 1), com a disposição de 3 situações alternativas: (1) representa a tendência Tradicional conservadora, (2) representa a tendência Inovadora e (3) representa tendência avançada para mudança de paradigma. Em cada vetor, foi orientado que o grupo realizasse uma discussão e escolhesse a alternativa obtida como consenso do grupo. Também foi dado espaço para redigirem as justificativas e evidências que levaram à resposta escolhida. Foi esclarecido antes da autoavaliação que a justificativa significava o “porquê” de a opção escolhida ser a predominante, identificando políticas, cultura institucional e/ou valores que, na percepção do grupo, justificavam a prática predominante. Já as evidências seriam exemplos de situações que caracterizavam mudanças – documentos, ações – passíveis de averiguação e constatação que confirmavam a alternativa escolhida como predominante nas práticas da escola.

Os vetores estão distribuídos em 5 eixos conceituais: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente.

4.5 Coleta de dados

Em setembro de 2019 e dezembro de 2019 foram coletados os dados da Escola 1 e Escola 2 respectivamente. As coletas foram realizadas em salas de aula das Instituições, com os participantes acomodados em cadeiras móveis dispostas em roda. O início das reuniões foi marcado pela contextualização da pesquisa, leitura e

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentação do método e direcionamento para a realização adequada do mesmo. Os participantes realizaram as discussões mediados pela pesquisadora e um dos participantes ficou responsável por redigir as justificativas e evidências da alternativa escolhida pelo consenso do grupo que melhor identificava a escola naquele momento. O diálogo também foi registrado por meio de gravação de áudio. A duração média das reuniões foi de 2 horas. Após o término da autoavaliação foi ofertado um lanche para os participantes conforme orientado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ao qual a pesquisa foi submetida.

4.6 Análise dos dados

Os resultados provenientes da coleta de dados foram documentados em arquivos texto e em tabelas de Excel para viabilizar as análises quantitativas e qualitativas propostas pelo Método da Roda.

As escolhas das alternativas resultaram em porcentagens que permitiram identificar a tipologia das escolas (Tradicional, Inovadora com tendência Tradicional, Inovadora com Tendência Avançada ou Avançada) (LAMPERT; COSTA; ALVES, 2016). Os dados qualitativos foram coletados por meio das justificativas e evidências que surgiram no exercício de troca de informações e percepções das ações institucionais entre os participantes da pesquisa ao decidirem a alternativa que representava predominantemente a escola em cada um dos vetores. Para a avaliação desses dados utilizou-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

4.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, sob número de protocolo 3.635.525 (ANEXO 2). Foram obedecidos os princípios éticos evitando possíveis riscos e/ou constrangimentos aos participantes, conforme a Resolução CNS n. 466/2012 (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Escola 1 foi avaliada pelo Método da Roda nos anos 2008, 2013 e 2019. A Figura 7 mostra as imagens da roda com os resultados quantitativos que apresentam a tipologia da escola no momento da auto avaliação em cada ano.



Figura 7. Tipologias de tendências de mudanças da Escola 1 auto avaliada em 2008, 2013 e 2019. Goiânia, 2020.
Fonte: A autora.

A Escola 1 apresentou tipologia Inovadora com tendência Avançada em 2008 com 71,4% de tendências de mudanças. Em 2013, passou a exibir a tipologia Inovadora com tendência Tradicional, com um movimento de alguma retração visto

por meio dos vetores Carência e emprego do Eixo 1, Mundo do Trabalho, e Pós Graduação e Educação Permanente do Eixo 2, Projeto Pedagógico. Já em 2019, a Escola avançou para a tipologia Inovadora com Tendência Avançada, apresentando 77% de mudanças com destaque para os avanços observados nos eixos do Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico e Cenários de Prática.

Já a Escola 2 havia realizado a autoavaliação em 2013 e participou novamente do processo em 2019. A Figura 3 mostra as imagens da roda com os resultados quantitativos que apresentam as tipologias da escola no momento da autoavaliação em cada ano.

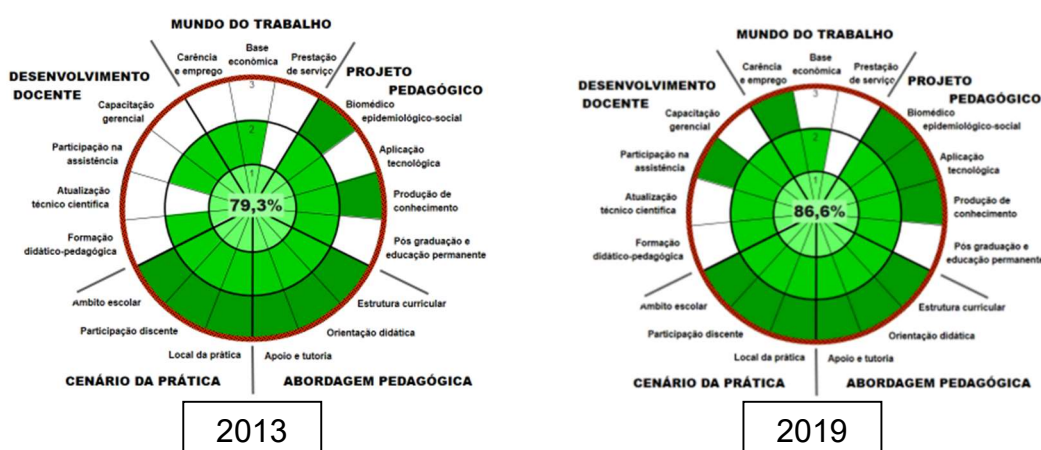


Figura 8. Imagens da roda com resultados da autoavaliação da Escola 2 no ano de 2013 com tipologia Inovadora com Tendência Avançada e no ano de 2019 com tipologia Avançada. Fonte: A autora.

A Escola 2 já apresentava 79,3% de tendências de mudanças em 2013 caracterizando a tipologia Inovadora com Tendência Avançada. Em 2019, passou a apresentar a tipologia Avançada, com 86,6% de tendências de mudanças. Essa trajetória foi marcada por transformações em todos os eixos, com maior avanço no eixo de Desenvolvimento docente.

Os movimentos apresentados por essas duas escolas serão melhor compreendidos por meio da análise qualitativa dos dados obtidos nas justificativas e evidências apresentados pelos cursos de medicina para a escolha das alternativas predominantes.

Para a análise qualitativa, cada eixo foi considerado a *priori* como categoria analítica dos quais emergiram subcategorias. Todas elas foram analisadas seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

EIXO 1: Categoria Mundo do Trabalho

Este eixo busca identificar a tendência da escola médica para mostrar e discutir, de forma crítica, aspectos do mundo do trabalho onde o médico deverá inserir-se para prestar serviços de saúde. A abordagem dessa temática se dá a partir da percepção dos atores institucionais a respeito do direcionamento da formação para as demandas do mercado (LAMPERT, et al, 2019).

A análise comparativa com os dados dos anos anteriores revela que as escolas apresentaram predominantemente tendências inovadoras nesse eixo, com avanços em 2019 no vetor Carência e Emprego em que o reconhecimento da formação voltada para o SUS tornou-se mais evidente.

Emergiram das justificativas e evidências apresentadas pelas escolas, as seguintes subcategorias:

- Formação médica voltada para o SUS
- Projeto pedagógico responsável por direcionar a formação para as demandas do mercado de trabalho
- Falta abordagem sistemática sobre a prestação de serviços na formação médica

Formação médica voltada para o SUS

O vetor 1 do Eixo 1, Mundo do Trabalho do questionário de autoavaliação indaga se a escola considera a carência de profissionais para a atenção básica de saúde, urgência e emergência para a construção de seu projeto pedagógico, e as escolas 1 e 2 afirmaram reconhecer a necessidade de formar profissionais para atender às demandas do SUS.

A Escola 1 referiu que a interação escola-serviço comprova esse reconhecimento, apresentando como evidências a existência de disciplinas que abordam a estrutura, funcionamento e carências do SUS, além da realização de parcerias com esse sistema de saúde para a utilização precoce e regular de seus cenários de práticas durante todo o curso.

A Escola 2 considerou a metodologia de ensino adotada, o PBL (*Problem Based Learning*) uma forma de reconhecimento de formação voltada para o SUS por exigir a inserção precoce dos alunos nos cenários de prática que, no caso da instituição, são predominantemente do setor público. Além dos cenários de prática, consideram que o PBL direciona para o preparo de médicos generalistas cujo perfil se adequa às necessidades, principalmente, da APS. Disciplinas específicas foram citadas como evidências, com destaque à disciplina Medicina de Família existente do primeiro ao oitavo períodos do curso.

O mercado de trabalho da profissão médica sofreu mudanças progressivas nos séculos XX e XXI com a prática liberal autônoma outrora hegemônica tornando-se predominantemente assalariada e dependente de instituições e tecnologias diversas (LAMPERT *et al.*, 2009). Esse processo dinâmico acompanhou as transformações no âmbito da atenção à saúde no Brasil com o SUS, que evidenciou a necessidade de reforçar a associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no mundo do trabalho. O sistema responsável pela assistência à saúde passou a ser também o ordenador da formação profissional na busca de garantir mão-de-obra qualificada para atender às demandas da população (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

A justificativa apresentada pelas escolas sobre a utilização dos serviços públicos como cenários de prática, sendo a APS o principal deles, reforça a formação rumo à assistência integral da população. O SUS fortaleceu a concepção de que os diversos níveis de atenção à saúde são necessários para alcançar a integralidade do cuidado ao indivíduo, e dentre esses níveis, destaca-se a APS que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida (OPAS, 2018). O protagonismo assumido por esse sistema na direção de sua atribuição constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde tornou a

APS o principal cenário de aprendizagem na educação médica (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

O protagonismo do SUS na assistência à população e na garantia de uma formação de recursos humanos qualificados para esse fim reforça a necessidade de valorização desse sistema por meio de desdobramentos políticos e da constituição de uma opinião pública e de movimentos sociais que o defendam (CAMPOS, 20198).

Projeto pedagógico responsável por direcionar a formação para as demandas do mercado de trabalho

A formação voltada para a carência de profissionais para a APS foi reconhecida pelas escolas estudadas nesta pesquisa por meio da própria estrutura dos Projetos Pedagógicos do Curso (PPC) que trazem em sua grade curricular disciplinas e métodos de ensino-aprendizagem (este último referido pela Escola 2) dedicados à inserção precoce dos alunos em conteúdos e vivências do SUS.

Estruturar a formação nos moldes direcionados pelo SUS exige a readequação dos PPC para que, do projeto, pronunciem-se as mudanças práticas com esse objetivo.

Em busca de incentivar as transformações das escolas para suprir as demandas do SUS, as DCN direcionam a reestruturação dos cursos de medicina com orientação para “promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população” (BRASIL, 2014).

O PPC é responsável por fomentar práticas favoráveis a uma linha de cuidado generalista, reflexiva, ética e humanista, que sustentam a orientação da formação para a APS. Ao construírem seus PPC, os cursos de graduação devem estar atentos aos movimentos no mundo do trabalho, que exigem dos profissionais, além dos conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes em situação de trabalho para

resolver problemas e enfrentar situações nem sempre previsíveis e previstas (MORAES; COSTA, 2015).

Instituições de ensino articulam por meio dos PPC um ideário de formação coerente com as DCN na dimensão política. Entretanto, na dimensão pedagógica, muitas vezes não alcançam o grau proposto e, para que os objetivos possam ser atingidos, o norteamento dado pelos PPC deve sair do papel e ocorrer de fato (MORAES; COSTA, 2015; SALVADOR; SANT'ANNA, 2017).

As escolas pesquisadas trouxeram evidências de execução de aspectos dos PPC, como a adoção do SUS como cenário de práticas, ratificando que os mesmos valorizam na sua construção a carência de profissionais para a APS. A adoção desses cenários na formação em saúde tem se mostrado um indicador consolidado de mudanças rumo à integralidade prevista nas DCN e apresentadas nos PPC (NOBREGA-THERRIEN, 2015).

A proposta política dessas escolas de voltar a formação para a APS mostrou-se exequível nas aplicações pedagógicas, entretanto, a utilização do cenário por si só não deve ser assumida como único argumento de sucesso para uma formação para o SUS. A carência da APS envolve a presença de um profissional que aplica o método clínico centrado na pessoa, que entende e coloca em prática a educação popular em saúde, que respeita a autonomia do paciente e toma decisões com ele compartilhadas. O enfoque teórico da formação médica deve conter direcionamentos mais detalhados sobre a utilização dos cenários de prática do SUS para que os mesmos sejam melhor aproveitados e este uso se torne um indicador mais fidedigno do compromisso de formação de profissionais competentes à suprir as necessidades do sistema.

Falta abordagem sistemática sobre a prestação de serviços na formação médica

Os alunos de medicina das instituições avaliadas percebem a prática médica como assalariada e liberal, porém revelam que essa percepção se dá de maneira superficial e informal, pois não há no currículo e na prática do contexto de ensino-aprendizagem orientação específica sobre o assunto. Como evidências citam que não

existem disciplinas, conteúdos ou discussões programadas que tratem sistematicamente essa temática e tampouco é realizada uma análise crítica da relação institucional mediadora.

As duas escolas revelaram a prevalência de um modelo em que não há um conteúdo curricular explícito a respeito das relações institucionais. O docente, que na maioria das vezes mantém atividades médicas em consultórios privados vinculados ao domínio de convênios, acaba sendo o maior exemplo para o estudante. A imagem do profissional liberal que ali se encontra lecionando se transforma na maior referência de como funciona o mundo do trabalho. A questão é que apenas essa referência não esclarece adequadamente diversos aspectos do exercício da profissão, como a forma como são procurados e ofertados os serviços de saúde, como funcionam as instituições que intermedeiam a prestação de assistência na compra e venda de serviços de saúde, os cuidados dispensados, ganhos respectivos e aspectos éticos envolvidos (LAMPERT, 2009).

Já o exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar é reconhecido por meio das vivências nos cenários de práticas, como as proporcionadas pela disciplina Saúde Coletiva. Como as vivências da graduação se passam em sua maioria nos cenários de prática do SUS, eles referem desconhecer como se dão as relações profissional de saúde-usuário e profissional médico-equipe multidisciplinar em outros contextos de prestação de serviço.

O mercado de trabalho da atividade médica é hoje marcado pela coexistência entre atividades em consultórios privados dependentes de convênios e atividades assalariadas vinculadas a diversos tipos de contratos. Apesar do crescente número de associações entre médicos e planos de saúde, há evidências de insatisfação dos profissionais com os convênios e as condições de trabalho por eles ofertadas, fatores que demonstram ameaça à autonomia da prática médica (LAMPERT *et al.*, 2009; SPALENZA; RONCHI; PELISSARI, 2017).

A profissão médica apresenta grande amplitude de possibilidades e opções no mercado de trabalho e uma das menores proporções de vínculos empregatícios formais. As formas de inserção e contratação para o trabalho e emprego são variadas,

com destaque às peculiaridades de informalidade, vínculos precários, múltiplas formas de remuneração (MACIENTE, *et al.*, 2015; PRADO, 2013).

A assistência médica na prática muitas vezes é distinta do que imaginam os graduandos, que trazem uma visão limitada do mercado de trabalho e seguem assim até o final da graduação por não haver abordagem suficiente sobre o mundo real do trabalho pelas IES. O recém-formado inicia suas atividades laborais desconhecendo as leis trabalhistas, as opções da atividade, as possibilidades de vínculo empregatício ou recrutamento, sem certezas dos locais de exercício, das condições de trabalho e das remunerações (MENDONÇA, 2018).

Além do déficit no conhecimento das relações de trabalho com as instituições mediadoras, seguradoras e planos de saúde, a formação médica muitas vezes se mostra insuficiente para desenvolver competências para o trabalho em equipe. Conteúdos relacionados com o trabalho em equipe estão entre aqueles menos oferecidos em cursos de medicina, possibilitando inferir que “Esse resultado pode ser fruto da própria dificuldade dos docentes em superar a ideia da hegemonia médica, que, por consequência, repassam isso aos alunos” (VIEIRA *et al.*, 2018).

É preciso estabelecer mudanças no ensino para formação de uma visão global do contexto da prestação de serviços e que permita uma análise crítica sobre as necessidades reais de saúde da sociedade. Desde o projeto pedagógico até sua execução nos diversos cenários de ensino-aprendizagem, reestruturações são necessárias para a formação de profissionais com competência gestora no mundo do trabalho: a inserção direta do tema nos PPC, a presença do assunto na organização didático-pedagógica, disciplinas de gestão em saúde, realização de palestras sobre o assunto; conteúdos e tópicos de gestão em disciplinas e módulos, além da possibilidade de discussão do mercado profissional nos diferentes cenários de aprendizagem (LAMPERT, 2009).

Se faz também necessário a continuidade do incentivo à formação de médicos com competências para o trabalho cooperativo em equipe, visto que persistem déficits no aprendizado para as relações multiprofissionais mesmo após o reforço trazido pelas novas DCN a respeito da importância desse caminho (VIEIRA *et al.*, 2018).

EIXO 2: Projeto Pedagógico

Esse eixo busca identificar como a escola, por meio de sua missão política e pedagógica, orienta a formação em relação aos conceitos de saúde e doença, desempenha seu papel nas inter-relações sociais e direciona o enfoque intersetorial. O eixo apresenta 4 vetores: biomédico ou epidemiológico-social, aplicação tecnológica, produção de conhecimentos, pós-graduação/educação permanente.

A Escola 1, nos três anos em que foi avaliada, revelou tendências Inovadoras, com avanço, em 2019, no vetor biomédico ou epidemiológico-social e no vetor de aplicação tecnológica. Esse avanço foi justificado pelo enfoque às necessidades da APS com evidências de disciplinas e avaliações voltadas para a promoção da saúde, e na priorização do método clínico para conduzir de forma adequada a aplicação de tecnologia. Manteve limitações no desenvolvimento de produção de conhecimentos e reconheceu que, apesar de ter variados programas de pós-graduação vinculados à escola, eles carecem de orientação clara às necessidades de saúde quantitativas e qualitativas, além de pouco franquear a educação permanente aos profissionais da rede.

Já a Escola 2, manteve características predominantemente avançadas nesse eixo, destacando um planejamento que valoriza a APS. O uso da APS como cenário de práticas também foi colocado como evidência no vetor 5, o que não é suficiente para comprovar a análise crítica e ampla da tecnologia. Referiu carência na estrutura de pós-graduação e educação permanente da escola sem desempenho regular de franqueamento de educação permanente aos profissionais de saúde da rede.

Em análise, as justificativas e evidências viabilizaram a distinção das seguintes subcategorias:

- Enfoque teórico fundamentado nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a aproximação à APS
- Carência de incentivo à pesquisa na graduação médica
- Falta de franqueamento regular à educação permanente de profissionais da rede

Enfoque teórico fundamentado nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a aproximação à APS

Os processos de avaliação realizados pela Escola 1 apresentaram avanço em relação aos anos de 2008/2013 e 2019. Nas duas primeiras avaliações, a escola reconhecia a orientação do curso com bases no equilíbrio entre o biológico e o social, e, em 2019, a orientação amplia-se para os DSS com ênfase nas necessidades da APS. Cita como evidências as disciplinas Método Clínico e Saúde Coletiva que integram o ensino à APS e exigem projetos referentes à promoção da saúde.

A Escola 2, nos dois períodos da avaliação, demonstrou comprometimento com a integração do ensino à APS. Referiu como evidências os cenários de prática e reunião de planejamento que orientam todo o curso para a APS.

A abordagem do processo saúde-doença na formação médica enfrenta o desafio de romper com o paradigma dominante que privilegia abordagens biologicistas, culturalistas e, que apresentam as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis, negando a dimensão social das desigualdades em saúde (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015).

As mudanças estimadas no modelo de atenção à saúde passam pelo compromisso firmado por meio dos projetos pedagógicos de reduzir as lacunas das iniquidades da saúde com vistas a melhoria da assistência à população. A formação médica deve voltar-se para os aspectos sociais, coletivos e ambientais que envolvem a realidade da sociedade, com enfoque nos DSS, que são as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde (OMS, 2011).

A reforma sanitária e a implantação do SUS contribuíram para o contexto de transformações no ensino, com destaque à APS que convida o profissional a olhar o “usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes” (FRACOLLI *et al.*, 2011).

O estreitamento das relações das escolas com a APS é um facilitador de promoção de uma educação comprometida com a integralidade do cuidado que traz ênfase na importância dos DSS e que busca articular aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

A reestruturação dos PPC evidencia planejamento para o estreitamento das relações entre as IES e a APS, com descrição de um perfil do egresso que realize um atendimento integral, capaz de trabalhar em equipe e com conhecimentos dos processos de gestão. Entretanto, destaca-se novamente que, nesse planejamento, verifica-se déficits para a execução de um atendimento integral por não haver enfoque no ensino do método clínico centrado na pessoa, na educação popular em saúde, no respeito à autonomia do paciente e da tomada de decisão compartilhada (REZENDE *et al.*, 2019).

A observância de uma formação que considera os DSS em seu enfoque teórico envolve não somente utilizar os espaços do SUS para o aprendizado, mas também o aprofundamento das relações nesses espaços (entre discentes, supervisores, preceptores, gestores, profissionais da rede e, principalmente, a comunidade).

Carência de incentivo à pesquisa na graduação médica

No vetor 6 da auto avaliação, que se refere à produção de conhecimentos, a Escola 1 se reconhece no nível 2 e a Escola 2 no nível 3, ambas trazendo como evidências de incentivos à pesquisa a obrigatoriedade do TCC. A Escola 2 também trouxe a disciplina de Iniciação Científica e uma Mostra de Saúde em que são apresentados trabalhos científicos como estímulo à produção acadêmica.

A produção de conhecimentos nas escolas avaliadas se mostrou tímida, com evidências pouco sustentáveis sobre a quantidade e a qualidade dos produtos científicos. Não houve um referenciamento concreto nas necessidades sociais, ou evidências plausíveis de pesquisa no campo da APS, da gestão do sistema de saúde, da interação escola-serviço-comunidade e do processo ensino-aprendizagem.

O Brasil apresenta um histórico de uma formação médica à margem das necessidades de construção de conhecimentos por meio de pesquisas científicas,

com apenas 10% a 20% dos profissionais tendo contato com o sistema de pesquisa médica durante a graduação. A marginalização da pesquisa científica na graduação proporciona a produção de médicos sem competências suficientes para liderar ou acompanhar as inovações do setor de saúde, que são altamente vinculadas ao desenvolvimento científico (ZAGO, 2004).

Cyrillo e colaboradores identificaram a falta de orientação específica e de estímulo institucional à pesquisa científica como justificativas ao subdesenvolvimento acadêmico nesse setor do ensino médico. Em 1980, 4,7% dos médicos se dedicavam à pesquisa, já, em 2019, apenas 1,7%, e as causas para esse fenômeno se associam possivelmente às pesadas atribuições na rotina da assistência médica, à redução do incentivo acadêmico à pesquisa nos meios universitários e aos cortes de verbas a ela destinadas. A carência desses estímulos na graduação médica acarreta a escassez de futuros pesquisadores como também um déficit de treinamento do médico para a compreensão e aplicação de resultados de pesquisas em sua prática clínica cotidiana (ZAGO, 2004; CYRILLO *et al*, 2010; YOUNES, 2019).

A pesquisa de Memarpour e colaboradores (2015) apresentou conclusões semelhantes, ressaltando a elevada carga horária curricular associada a falta de recursos financeiros, estruturais e de orientação como barreiras à prática de pesquisas científicas na graduação médica.

A iniciação científica pode ser apresentada como disciplina (como citado como evidência pela Escola 2) e como programa de fomento à pesquisa (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq). Como programa, a iniciação científica já foi referida pela comissão científica (CC) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) como “vitoriosa no Brasil, permitindo que instituições de menor tradição científica pudessem iniciar-se nesta área”, além de incentivar a participação de docentes e proporcionar crescimento científico às instituições universitárias (FRANKEN, 2006). Porém, essa mesma comissão ressaltou que as produções científicas de sua instituição foram aquém das expectativas, provavelmente devido à falta de empenho dos pesquisadores na publicação de suas pesquisas, não havendo uma cultura da necessidade e obrigatoriedade da publicação (FRANKEN, 2006).

Em contrapartida ao reconhecimento do financiamento dito como vitorioso no Brasil, há evidências de que os incentivos ofertados são insuficientes para sustentar uma produção científica robusta, o que é demonstrado por Figueiredo e colaboradores (2018) ao apresentarem a falta de financiamento à pesquisa e presença de cortes financeiros frequentes à comunidade científica nos últimos anos.

Nas escolas estudadas, percebe-se que estruturar um projeto pedagógico pautado no incentivo à pesquisa não se mostrou suficiente para concretizar produções científicas que representam e auxiliam o suprimento das necessidades sociais.

O fato de o aprendizado da medicina baseada em evidências ser indissociável à produção de conhecimento científico reforça a necessidade de maiores incentivos à essa produção, o que exige uma formação com orientação para o entendimento e a prática de pesquisas científicas desde a graduação médica. (MORAES *et al.*, 2016; PIROLA, et al, 2020)

Políticas públicas devem ser estruturadas para subsidiar as pesquisas na graduação médica, com fomento à produção de conhecimento em prol de produtos científicos que tragam soluções para atender às necessidades sociais, com aplicação de tecnologias que beneficiem a população em seus problemas diversos (SOBRAL; SILVA, 2016).

Falta de franqueamento regular à educação permanente de profissionais da rede

No vetor 7, pós-graduação e educação permanente, as Escolas 1 e 2 consideram estar no nível 2, com a justificativa de que modalidades de especialização e pós-graduação estão vinculadas aos cursos. Trazem como evidências os programas de residência médica e de pós-graduação em que referem realizar educação permanente por meio da participação de profissionais da rede nos últimos.

Percebe-se um distanciamento entre as estruturas de ensino das graduações, pós-graduações, e da rede de serviços, pela negativa de articulação entre as mesmas e os gestores do Sistema de Saúde. Não foram apresentadas evidências de um franqueamento substancial de educação permanente aos profissionais da rede: a participação dos mesmos nos programas de pós-graduação não é suficiente para

afirmar que de fato o que se realiza é educação permanente visto que a oferta de ensino não necessariamente considera as necessidades e vivências desses profissionais em seus campos de trabalho. A quantidade de servidores da rede que participam desses programas também não foi colocada, sendo questionável se a oferta desse ensino é de fato representativa.

Os serviços de saúde apresentam-se como cenários de práticas essenciais para uma boa formação médica em que a integração dos profissionais da rede com as instituições de ensino e o engajamento dos mesmos com o processo de ensino-aprendizado traz recursos para a formação de profissionais mais aptos à resolução dos problemas da realidade que enfrentarão quando graduados. Portanto, o subsídio da educação permanente dos profissionais da rede propicia benefícios multidirecionais, objetivo que pode ser alcançado por meio de parcerias entre as IES e a rede do SUS, mantendo foco nas necessidades da escola, da comunidade e do serviço, incluindo as percepções dos trabalhadores da rede (FAIMER, 2017).

Em busca do cumprimento do papel do SUS de promover a formação de recursos humanos para atuar em sua rede de assistência, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198/20042 (BRASIL, 2004). O amadurecimento dos conceitos e práticas a respeito da educação permanente em saúde (EPS) no decorrer dos anos, trouxe a concepção de que ela deve ser baseada nos princípios da problematização, necessita de contextualização na realidade, de pedagogias Inovadoras, e deve incentivar o pensamento reflexivo (PEREIRA *et al.*, 2018).

Também vista como aprendizado no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho a partir dos problemas enfrentados na realidade dos serviços, a EPS tem potencial de transformar a realidade por meio da valorização das experiências dos sujeitos, com possibilidade do desenvolvimento de autoanálise no trabalho e autonomia dos profissionais (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Para que haja avanços na articulação entre ensino e serviço no sentido de promover melhor formação na pós-graduação e processos regulares e efetivos de educação permanente é preciso utilizar mecanismos que induzam uma participação

ativa dos docentes e discentes, trabalhadores da rede, para que juntos construam programas educativos consoantes com a atenção e a gestão (FRANÇA *et al.*, 2017). Entretanto, o diálogo débil entre as instituições de ensino e a rede de assistência dificulta a reflexão sobre a realidade, o que impede a formação e desenvolvimento dos discentes, trabalhadores e gestores da rede, dificultando a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social na saúde (FAIMER, 2017).

A fim de que a EPS, no contexto do SUS, seja legitimada como movimento e política educativa e de que suas práticas e iniciativas sejam consolidadas pelos trabalhadores da saúde no cenário das práticas na APS no Brasil, é fundamental, a maior articulação entre o serviço e as instituições de ensino e a participação popular. Acredita-se que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem se dar de forma reflexiva, participativa e contínua, voltados para as necessidades locais, dos serviços e das pessoas, fortalecendo o elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população na melhoria da qualidade do sistema de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

EIXO 3: Abordagem pedagógica

Esse eixo conceitual que abrange métodos de construção e acompanhamento do processo ensino-pedagógico busca identificar a tendência do processo ensino-aprendizagem e do processo avaliativo que se desenvolve na escola e a orientação didático-pedagógica, verificando se é mais centrada no professor ou no aluno, com o uso ou não de tutorias.

A Escola 1 apresentou redirecionamentos em prol da integração curricular, porém uma prática em descompasso com o planejamento, visto que as disciplinas de fato desenvolvem-se de forma independente, tendo integrada somente a nota. A mesma tendência é observada na orientação didática em que o PPC traz diretrizes baseadas em metodologias ativas, porém, na prática são executadas predominantemente aulas teóricas e avaliações somativas. A respeito de apoio e tutoria, a escola certifica o nível 2, por proporcionar condições físicas e materiais de apoio para o ensino-aprendizagem, mas ressalta a precariedade desses materiais.

Já a Escola 2 assume tendência Avançada nos 3 vetores do Eixo III, por possuir currículo integrado, com a prática de estrutura modular e utilização predominante de metodologias ativas com evidência principal a adoção do PBL. Além disso, enfoca a utilização da APS como cenário de práticas, com condições adequadas dos espaços físicos e materiais para o desenvolvimento da tutoria com base em problemas reais.

A interpretação das justificativas e evidências possibilitaram a reflexão sobre as subcategorias:

- Descompasso entre o planejamento e a execução do currículo modular
- Metodologias ativas são melhor efetivadas em escolas que adotam o PBL
- Estrutura física, materiais e abordagem pedagógica devem ser alinhados à intencionalidade da divisão em pequenos grupos

Descompasso entre o planejamento e a execução do currículo modular

As escolas 1 e 2 apresentaram projetos pedagógicos com estruturas curriculares modulares, entretanto, a Escola 1 evidenciou uma prática sem integração, principalmente no ciclo básico, referindo que as disciplinas integradas no currículo integram apenas as notas. Já a Escola 2, demonstrou coerência entre o projeto e a prática, com evidências de uma matriz curricular baseada na espiral do conhecimento e desenvolvimento de interdisciplinaridade em todas as etapas do curso.

Estruturas curriculares que se apresentam de forma fracionada, em ciclos básico e profissionalizante, com disciplinas justapostas que não mantêm relações entre si, possuem origem no modelo tradicional flexneriano. Esse modelo conduz à formação de profissionais tecnicamente hábeis e com amplo conhecimento dos processos patológicos, porém com competência limitada de transferir adequadamente esses aprendizados para a realidade social em que serão inseridos na prática médica (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Com a evolução das discussões a respeito dos processos de ensino-aprendizagem e a consolidação de uma demanda de profissionais para atender as necessidades básicas de saúde da população após a criação do SUS, se intensificaram no Brasil movimentos de adaptação do ensino da graduação, na perspectiva de integração entre as disciplinas. Esses movimentos constituem uma

estratégia de consolidação do conhecimento com a finalidade de proporcionar uma formação orientada para uma discussão complementar, humanística e generalista (GOMES et al, 2019).

O processo de implantação das mudanças curriculares desencadeia desafios organizacionais, estruturais e orçamentários, o que perpassa por alterações profundas, conceituais e práticas e provoca conflitos de pensamentos principalmente entre docentes que resistem sair de suas zonas de conforto: a resistência e a falta de capacitação dos docentes são responsáveis por falhas na implementação das reestruturações dos PPC (GOMES *et al.*, 2019; REZENDE *et al.*, 2019).

As DCN de 2001 delinearão a necessidade de mudanças curriculares no contexto nacional e foram constituídos dispositivos de indução às transformações, com destaque ao Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (PROMED) que, já em 2002, iniciou ações em prol do cumprimento de seu lema "Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde" para adequar a formação profissional às necessidades do SUS. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Seguindo as tendências de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil também foi instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) que estimularam maior integração entre ensino e serviço para aproximar a formação ao modelo assistencial preconizado pelo SUS, sendo o primeiro pautado nos eixos orientadores: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

As ações de incentivo às mudanças curriculares obtiveram resultados positivos com a promoção de reestruturações em várias escolas, além de estabelecerem direcionamentos mais definidos para os novos cursos que passaram a iniciar suas atividades já baseados em currículos integrados. Porém, os processos de mudanças enfrentaram e ainda enfrentam dificuldades como restrições e menor valorização ao perfil de formação generalista, resistência do corpo docente com descaso à prática pedagógica, individualismo dos professores universitários, *déficits* de formação pedagógica e falta de identidade profissional docente (ALVES et al, 2013; CAMPOS, 2007).

Percebe-se que o currículo integrado no planejamento não é o mesmo currículo aplicado na prática de ensino e outras dificuldades que se apresentam às transformações curriculares devem-se a falta de um efetivo diálogo entre escola e serviço, cenários de APS com estruturas precárias e profissionais da rede com déficit de formação para o acompanhamento dos discentes, além da resistência dos mesmos à presença do estudante no serviço (ALVES *et al.*, 2013).

Aguilar-da-Silva, et al, já destacavam em 2009 que “...para que o currículo propicie o sentido emancipatório, precisa ser entendido como uma práxis...” e o descompasso percebido entre o planejamento e a prática de integração curricular deve ser trazido à luz para que mudanças significativas ocorram em prol da interdisciplinaridade.

A auto avaliação permite o desnudamento das contradições entre o planejamento e execução das ações de ensino, possibilitando reestruturações em direção à mudanças efetivas. As IES são enriquecidas ao reconhecer e utilizar métodos de autoavaliação validados e comprometidos com a promoção do diálogo entre seus atores sociais, como o que é proposto pelo Método da Roda.

Metodologias ativas são melhor efetivadas em escolas que adotam a PBL

A Escola 1 referiu um projeto pedagógico com diretrizes para a realização de metodologias ativas, porém na prática ocorrem predominantemente aulas teóricas, com avaliações formativas integradas às somativas. Já a Escola 2, refere adoção de métodos de aprendizagem com ênfase na realidade de saúde com prática regular na APS, utilização da PBL como metodologia de base.

O objetivo de integração curricular depende de processos de ensino-aprendizagem coerentes com o planejamento para que haja a efetivação do aprendizado significativo. A construção do conhecimento é dinâmica, sendo potencializada quando o aluno torna-se protagonista do processo e quanto mais o conteúdo a ser apreendido é contextualizado e problematizado de acordo com a realidade (PAIVA *et al.*, 2016).

Metodologias baseadas somente na transmissão do conhecimento, com uma postura passiva do aluno que o reproduz de modo mecânico e acrítico, demonstraram fragilidade na construção de habilidades e competências necessárias ao enfrentamento de mudanças (VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Dentre as várias metodologias ativas existentes, a PBL é a mais utilizada em cursos médicos brasileiros atualmente, e propõe a aprendizagem cooperativa com foco na construção do conhecimento de forma ativa, maximizando a interação entre ensino, assistência e pesquisa, além de auxiliar no desenvolvimento das habilidades técnicas, cognitivas, de comunicação e atitudinais, instigando o trabalho em pequenos grupos e avaliação mista (formativa e somativa) por meio de grupos tutoriais (BORGES *et al.*, 2014; CONCEIÇÃO; MORAES, 2018; MARTINS; ESPEJO, 2015).

A respeito das similaridades e diferenças nos resultados obtidos com métodos ativos de aprendizagem Adriana Pinto destacou em tese de doutorado que:

“...os egressos que tiveram uma formação por meio de um currículo integrado, organizado por competência e métodos ativos de aprendizagem, observou-se uma maior segurança para inserção no mundo do trabalho e enfrentamento das atividades profissionais, o que pode ser atribuído à inserção na prática profissional já no primeiro ano de graduação. Outro ponto importante é o estímulo para a iniciativa e autonomia para realização das atividades do dia a dia de ser enfermeiro, resultando em uma aprendizagem significativa, como também o preparo para busca ativa de conhecimentos. Já os egressos formados no currículo tradicional, houve uma maior segurança no que se relaciona ao conhecimento teórico, como também o estímulo para pesquisa científica e pós-graduação, visando o enfrentamento das novas situações e a formação complementar (PINTO, 2018).”

Ao assumir metodologias específicas como base para o ensino-aprendizagem a escola possibilita um norteamento mais eficaz para sua execução na prática. O rigor metodológico necessário ao ensino de qualidade deve ser almejado para que o planejamento não entre em descompasso com a prática como foi visto na Escola 1.

Um método não necessariamente é melhor do que outro, mas a coerência entre seu projeto e execução traz maior confiabilidade e eficiência para o processo educativo. Os projetos por sua vez devem ser também alinhados às necessidades do mercado de trabalho para o desenvolvimento articulado entre formação acadêmica e profissional, visando sanar carência de profissionais com predisposição à descoberta

e à criação, que “dificilmente poderão ser possibilitadas por uma abordagem pedagógica rígida e centrada nos conteúdos e professores” (SCHLICHTING; HEINZLE, 2020; AGUILAR-DA-SILVA *et al.*, 2009).

Estrutura física, materiais e abordagem pedagógica devem ser alinhados à intencionalidade da divisão em pequenos grupos

A Escola 1 identifica-se no nível 2 no vetor de apoio e tutoria, referindo que há a divisão da turma em pequenos grupos, como é realizado no laboratório de Habilidades Médicas, porém, nesse mesmo cenário não é ofertada estrutura adequada para o processo de ensino-aprendizagem, e os materiais são precários e insuficientes para a quantidade de alunos, limitando as experiências de aprendizado. Não é mencionada a existência de tutoria.

A Escola 2 encontra-se nesse mesmo vetor no nível 3, e justifica sua escolha com o relato de que proporciona condições adequadas dos espaços físicos e de apoio com disciplinas que trabalham com casos reais, tutoria com situações-problema, todos eles em pequenos grupos. Traz como evidências a realização de trabalhos interdisciplinares, a prática regular em pequenos grupos como é feita na disciplina Medicina de Família e Comunidade (MFC) e na tutoria, além da existência de infraestrutura adequada, com salas para as atividades em pequenos grupos, biblioteca física e virtual.

A divisão das turmas em pequenos grupos propicia maiores oportunidades para a expressão individual, com discussões mais democráticas, privilegiando a grande fortaleza dessa organização que é a produção conjunta do conhecimento, tendo o professor como mediador e os alunos como autores de seu aprendizado (AGUILAR-DA-SILVA *et al.*, 2009)

A tutoria é uma estratégia pautada nos métodos ativos de ensino aprendizado, desenvolvida por meio da formação de pequenos grupos, com alicerces na aprendizagem baseada em problemas e que, mesmo em

“...currículos mais tradicionais podem ser uma alternativa para iniciar processos de integração interdisciplinar e mudanças no sentido da aprendizagem significativa, desde que haja coerência

com a proposta pedagógica do curso e avaliação e planejamento permanentes, com o comprometimento de todos os envolvidos” (LUNA; BERNARDES, 2016).

A realização do ensino em pequenos grupos mostra-se um caminho assertivo para abordagens pedagógicas mais efetivas, porém, para que haja sucesso no desenvolvimento dessa estratégia é preciso estrutura física adequada, com materiais de apoio e recursos humanos que amparem sua concretização.

EIXO 4: Cenários de práticas

O eixo de Cenários de Práticas busca identificar a tendência para o ensino da prática médica, distinguindo se ela está centrada no hospital ou na rede do sistema, postos, ambulatórios, domicílios, famílias e/ou comunidades. As informações trazidas por esse eixo possibilitam identificar a diversificação de cenários (locais) e as oportunidades que a Escola Médica proporciona aos alunos para o aprendizado da prática médica.

As escolas 1 e 2 apresentaram-se avançadas em todos os vetores do eixo 4 em 2019, sendo que a Escola 1 evidenciou no vetor Âmbito escolar, transição do nível 2 nos anos de 2009 e 2013, para o nível 3 em 2019. Já a Escola 1 permaneceu no nível 3 em todos os vetores do eixo 4 nos dois anos da avaliação.

Nesse eixo, ambas as escolas reconheceram a utilização dos cenários de práticas nos 3 níveis de atenção em todo o curso e participação discente regular com supervisão docente. Não foram apresentadas evidências claras sobre como ocorrem as referências e contra-referências, a disponibilidade de tecnologias, como é feita a supervisão docente e especificações sobre a integração de conteúdos nas atividades práticas.

As justificativas e evidências apresentadas pelas escolas possibilitaram inferir as seguintes subcategorias de análise:

- Descentralização do ensino da prática médica e relações do serviço com a universidade;
- Participação discente supervisionada.

Descentralização do ensino da prática e relações do serviço com a universidade

No vetor 11, em que são avaliados os cenários de prática e a contribuição com os mecanismos de referência e contra-referência, as Escolas 1 e 2 se identificaram no nível 3. Ambas justificaram que utilizam os três níveis de atenção à saúde desde o início do curso de medicina. As evidências se mostraram frágeis para demonstrar a escolha da Escola 1, pois não foram explicitadas disciplinas ou estratégias objetivas de integração com o serviço.

A Escola 2 citou a disciplina MFC como cenário de prática na APS (realizada desde o primeiro ano do curso), relatou financiamento da instituição de ensino para aprimoramento e manutenção de UBS e residência em MFC, utilização do ambulatório central e atividades regulares no hospital escola. Ambas as escolas não apresentaram evidências de como são realizados os processos de referência e contra-referência nos serviços, além da falta de exposição das tecnologias ali utilizadas.

Ao avaliarem a parceria com os serviços para a realização das práticas e como ocorre a integração dos conteúdos, no vetor 13 - Âmbito Escolar, as escolas 1 e 2 também se identificaram no nível 3 (oferece práticas ao longo de todo o curso, que se desenvolvem em grande parte em parceria com os serviços, em todos os níveis de atenção de forma compartilhada). A Escola 1 reforçou o uso dos três níveis de atenção para a realização das atividades práticas desde o primeiro ano do curso, porém não apresentou evidências de que seja feita a integração dos conteúdos. A Escola 2, traz como evidência a integração apresentada na matriz curricular, porém não responde como essa integração ocorre de fato nos cenários de práticas. Portanto, não há clareza a respeito da integração os conteúdos nos cenários de práticas.

As escolas revelaram o uso precoce e regular dos cenários de práticas, porém não apresentaram evidências substanciais que demonstrassem que o uso desses ambientes é feito com qualidade, com oportunidades reais de integração para benefício da comunidade acadêmica, dos prestadores de serviços e dos usuários do sistema.

A utilização das unidades de saúde nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) é preconizada nas DCN de 2014 que ressaltam a necessidade de inserção precoce do aluno nas redes de serviços de saúde, “considerando que

todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem” (BRASIL, 2014). As mesmas diretrizes reforçam que diferentes cenários de ensino-aprendizagem devem ser utilizados, com destaque às unidades de saúde pertencentes ao SUS para proporcionar experiências com as políticas de saúde e com a organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional. (BRASIL, 2014).

O movimento de aproximação entre a universidade e a realidade local foi induzido por meio de políticas públicas, convênios e programas para melhor conhecimento do contexto social e suprimento das necessidades do SUS. Essas iniciativas estimularam a reformulação dos PPC das instituições formadoras, promoveram ações cooperadas entre governo, serviços e instituições de ensino, e favoreceram estratégias de colaboração para educação permanente por meio da integração ensino-serviço (BATISTA, 2015; SILVA *et al.*, 2016).

Os programas indutores de mudanças PROMED, Pró-Saúde e PET-Saúde foram importantes incentivos à descentralização do ensino da prática médica pela oferta de financiamento, cooperação técnica e/ou operacional e abertura das estruturas do sistema de saúde. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008; BATISTA, 2015).

Inquérito anterior mostrou que escolas brasileiras apresentavam tendências de mudanças nos cenários de prática com a utilização de diferentes espaços da rede de saúde. A descentralização desses cenários foi vista como promotora de progressiva desinstitucionalização das práticas acadêmicas com auxílio do aprimoramento do processo de ensino por meio da aprendizagem significativa ao utilizar diversos contextos dos serviços de saúde. O impacto promovido pelos programas indutores de mudanças provocou reflexões sobre a formação em atenção primária à saúde que levaram à reestruturações curriculares e à efetivação ou ampliação da integração ensino-serviço (STELLA *et al.*, 2009; BRAVO, 2019).

Já em outra pesquisa, foi percebido que a integração ensino, serviço e comunidade se dava apenas em atividades pontuais em educação em saúde nos serviços da APS, com destaque para dificuldades como: a recusa dos profissionais do serviço em receber os estudantes, o despreparo do serviço para receber o estudante, a não participação dos profissionais no planejamento e execução das atividades

discentes e a falta de envolvimento institucional na busca de campos de práticas (NUNES, 2020).

A tendência de descentralização dos locais de ensino de práticas médicas mostra-se uma realidade bem estabelecida. Os caminhos percorridos pela educação nos últimos anos, confirmam uma direção de êxodo hospitalar rumo aos demais cenários de atenção à saúde conquistando objetivos de aproximação aos serviços utilizados pela maioria da população brasileira, inferindo-se assim a construção de uma formação mais contextualizada e destinada à melhor efetividade. Entretanto, mesmo diante das legislações e investimentos realizados nesse sentido, as escolas médicas ainda depararam-se com entraves “relacionados à organização da própria rede de saúde e nas relações entre academia e serviços, principalmente em virtude dos papéis exercidos pelos docentes supervisores e os preceptores” (SILVA, 2016).

A parceria entre as escolas médicas e os serviços de saúde deve ser analisada com cuidado para que seja identificado o grau de integração que se concretiza na prática. É preciso averiguar se há ou não a participação do serviço na construção do estágio e se existe contrapartida por meio do apoio da escola na assistência, na cobertura da demanda do serviço e nos investimentos para educação permanente dos profissionais da rede (STELLA *et al.*, 2009; ALVES; BICUDO, 2015).

As dificuldades para descentralizar com qualidade o ensino médico tornaram-se ainda mais evidentes nas circunstâncias atuais em que predominam norteadores políticos que valorizam a competitividade, a performatividade e a meritocracia. Se já havia entraves para uma melhor integração ensino-serviço em meio aos incentivos dos programas de reorientação da formação em cursos da área da saúde, no momento em que políticas públicas são descontinuadas e outras são pseudomantidas ou rearranjadas por conveniência, prenuncia-se que logo ocorra a eliminação das transformações recém-implementadas (SORDI, 2019).

“...ao nos defrontarmos com a historicidade das políticas de saúde e a forma como os mecanismos de regulação acionados pelo Estado evidenciaram avanços significativos tentando construir uma linha de coerência entre os diferentes programas voltados à formação médica, temos que lamentar, profundamente, as repercussões que se avizinham frente às

descontinuidades dos programas e das parcerias entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC). Os desafios da sustentabilidade do SUS não prescindem da reorientação do eixo da formação dos médicos e dos demais profissionais da saúde.” (SORDI, 2019)

Diante das ameaças de desmantelamento das conquistas e dos caminhos ainda em percurso em busca de uma formação voltada para o SUS e, conseqüentemente, para as necessidades de saúde da população é preciso “reinventar possibilidades emancipatórias”, resistir e lutar, posicionando-se com comprometimento em nome do bem comum (SORDI, 2019).

Participação discente supervisionada

As escolas 1 e 2 reconheceram-se no nível 3 por apresentarem participações regulares dos alunos nos cenários de prática com supervisão docente. A Escola 1 não apresentou evidências claras e específicas sobre onde e como as práticas são realizadas ou como se dá a supervisão. Já a Escola 2 trouxe como evidências atividades realizadas no decorrer do curso com supervisão regular como os módulos de habilidades médicas, o Programa Integrado de Saúde Coletiva (PISC) e o internato.

A participação discente em todas as etapas do processo de ensino-aprendizagem se faz necessária para que sejam formados profissionais aptos a transpor os conhecimentos acadêmicos para o seu cotidiano. A protagonização do aluno é essencial para a construção de um espírito científico, de valores éticos do pensamento crítico e reflexivo, o que viabiliza o desenvolvimento da autonomia na formação do ser humano e de futuros profissionais (SANTOS, 2020; BERBEL, 2011).

Os avanços possibilitados na educação médica com a descentralização dos cenários de prática são validados e ampliados quando se adotam estratégias para uma participação discente efetiva nesses cenários. A formação para atender as demandas do SUS exige oportunizar aos discentes vivências dentro dos serviços de saúde, “identificando as dificuldades, superando os obstáculos em conjunto com os profissionais do serviço e de maneira interdisciplinar” (NUNES, 2020).

Escolas médicas brasileiras já sinalizaram para uma aprendizagem ativa por parte do aluno nos ambientes de práticas, proporcionando atividades selecionadas e com supervisão docente (STELLA, 2009).

Outro relato refere que a aproximação do aluno com as realidades do sistema de saúde é prejudicada por relações distantes entre os professores e os profissionais dos serviços, dando uma sensação de vínculo utilitarista entre universidade e serviço. O inadequado conhecimento a respeito das rotinas e modos de funcionamento das atividades das unidades de saúde associado a estruturas físicas deficientes dos serviços, com número reduzido de trabalhadores são também identificados como entraves ao acolhimento e participação produtiva dos alunos (DURO *et al.*, 2017).

É importante distinguir que a utilização do cenário de prática e o relato da participação discente por si só não comprovam a eficiência das estratégias de aprendizagem nesse cenário. Operacionalizar acordos entre Universidade e Unidades de Saúde não significa garantir qualidade do ensino e dos serviços ali ofertados: a integração deve sair do regimento e ser colocada em prática em ambientes favoráveis para que seus objetivos se tornem realidade. “A simples utilização da rede de serviços de saúde é insuficiente e incoerente com a transformação, pois trabalha apenas na ótica do quantitativo e não da resolução e da qualidade do atendimento”. (OLIVEIRA *et al.*, 2008)

Estruturas físicas, rotinas de atendimentos, preparação dos preceptores e supervisores, logísticas de ações e de integração com os profissionais da rede e a comunidade precisam ser bem estabelecidas para que todas as partes sejam beneficiadas. Até mesmo a forma como se organizam os processos de trabalho (se a agenda da unidade é compartilhada com os integrantes da universidade, seguindo a rotina da equipe do serviço ou se há uma agenda exclusiva para os estudantes) e o tipo de orientação que é dada aos alunos nas unidades (se por supervisão ou por preceptoria) pode favorecer ou dificultar a integração ensino-serviço, sendo que a adoção de agenda compartilhada e de supervisão foram consideradas estratégias com maior força de integração (ALBIERO; FREITAS, 2017).

EIXO 5 – Desenvolvimento Docente

O Eixo 5 busca constatar as políticas da escola em relação ao corpo docente, identificando os investimentos na formação didático-pedagógica e técnico-científica, na integração com a comunidade por meio da parceria com os serviços e na capacitação gerencial. Os avanços que podem ser observados neste eixo remetem a um processo formador permanente no cotidiano da atividade do docente, agente formador e modelo em serviço (LAMPERT *et al.*, 2019).

Este foi o eixo de menor tendência de mudanças nas duas escolas em todos os anos em que a autoavaliação foi realizada. A Escola 1 manteve características semelhantes nos anos de 2013 e 2019 com prevalência do nível 2 na maioria dos vetores do eixo, e nível 1 no vetor de atualização técnico-científica. A Escola 2 avançou do nível 1 em 2013 para o nível 2 em 2019 no vetor Atualização técnico-científica, e do nível 2 em 2013 para o nível 3 em 2019 no vetor Participação na Assistência. Nos demais vetores do eixo, a escola manteve-se no nível 2.

No vetor 14, orientação didático-pedagógica, ambas as escolas se colocaram no nível 2, apresentando justificativas de realização regular de capacitação docente, porém sem exigência institucional e com pouca adesão dos docentes do curso de medicina.

No vetor 15, atualização técnico-científica, constatam que são nível 1, por não haver uma política institucional, financiamento, ou um estímulo claro para apoio periódico à atualização técnico-científica

Quanto à participação na assistência, vetor 16, a Escola 1 assume o nível 2 por dificuldades no diálogo entre a Universidade e o serviço de APS, e a Escola 2, o nível 3, com a justificativa de haver integração entre o ensino e o serviço, com participação do docente nos serviços públicos de saúde.

Na capacitação gerencial, vetor 17, ambas se reconhecem no nível 2, e relatam não haver promoção de formação para gestão, embora reconheçam a importância desse tipo de capacitação.

A partir da observação das justificativas e evidências apresentadas foram identificados 3 subcategorias analíticas:

- Carência de políticas institucionais para formação didático-pedagógica e atualização técnico científica
- Falta de integração ensino-serviço para atuação docente
- Ausência de política institucional para formação para gestão

Carência de políticas institucionais para formação didático-pedagógica e atualização técnico científica

As Escolas 1 e 2 reconheceram não haver desenvolvimento sistemático e mandatório de formações didático-pedagógicas para os docentes do curso de medicina. Citaram evidências de capacitações pontuais em que a presença do docente não era exigida, o que levava à ausência de grande parte do corpo docente, e com conteúdos não correspondentes às necessidades do cotidiano da docência na medicina.

A Escola 1 destacou que os incentivos trazidos pelas políticas indutoras de mudanças, como o PROMED (não chegaram a citar o Pró-Saúde a despeito de logo esse ter substituído o PROMED), foram importantes para a criação de atividades e estratégias voltadas ao aprimoramento docente, e chamaram atenção para a decadência dessas iniciativas após a rarefação das políticas.

A docência é uma atividade complexa, que exige a apropriação de vários saberes para o exercício de sua prática. Em especial para o curso de medicina, é preciso que o professor não tenha somente o foco em sua especialidade médica, mas adote uma visão global da profissão docente para um melhor desempenho de suas competências no magistério (COSTA, 2007; MENDES, 2019).

O início da carreira docente no curso de medicina, como nos cursos superiores em geral, frequentemente se dá sem um embasamento pedagógico para a educação superior, acarretando dificuldades em saber lidar com várias situações específicas do cotidiano da profissão (SOUZA; PASSALACQUA, 2019). A deficiência no domínio da área das práticas pedagógicas e didáticas no ensino de medicina se

perpetua durante os anos do magistério, denunciando “a ausência da abordagem educativa, próprio da Educação Médica” (SADOYAMA, 2018).

A formação didático-pedagógica encontra barreiras para sua consolidação e efetividade por enfrentar editais de concursos e contratações de docentes que não exigem a formação didática como pré-requisito para a ocupação da vaga, a falta de um plano de formação introdutória e permanente do docente promovido pela Universidade, somados à escassez de exigências de desenvolvimento profissional e à participação facultativa dos professores nas formações promovidas. Outros percalços são capacitações com objetivos de aprendizado que não correspondem às necessidades do cotidiano dos professores, além da desvalorização da docência e desinteresse por parte dos próprios professores levando à baixa adesão nos processos formativos (COSTA, 2010; RÉGO; BATISTA, 2012; SADOYAMA, 2018; MENDES, 2019; COSTA; LAMPERT 2020).

Docentes de medicina têm clareza acerca do papel significativo que a formação didático-pedagógica representa na sua atuação, entretanto, a maioria deles revela descaso com os aspectos pedagógicos que envolvem a profissão, mantendo o exercício de suas especialidades em outros serviços de saúde como prioridade laboral e a carreira de docência em uma posição secundária. Muitos deles concordam que cursos de capacitação podem contribuir para o aprimoramento do ensino, mas parcela significativa não os realiza, ratificando a desconsideração dos professores em relação à formação para a docência (SADOYAMA, 2018; MENDES, 2019; PAVAN; SENGER; MARQUES, 2020, QUINTANILHA; DA SILVA FARIAS; ANDRADE, 2020).

O desenvolvimento da docência também se faz por meio da atualização técnico-científica. Esse aspecto no nicho dos professores médicos acaba sendo valorizado não especificamente pela docência, mas em especial para o aperfeiçoamento do profissional dentro de sua especialidade. As Escolas 1 e 2 afirmaram que os professores buscam por conta própria a atualização principalmente em Congressos e eventos das suas especialidades, e ressaltam não haver uma promoção sistemática ou exigência dessa atualização por meio da Instituição. Apesar de as justificativas e evidências serem semelhantes entre as escolas, a Escola 1 assumiu o nível 1 neste vetor e a Escola 2 o nível 2.

A Escola 1 afirmou que não há uma política institucional, financiamento, ou um estímulo claro para apoio periódico à atualização técnico-científica, sendo a mesma realizada por iniciativa dos docentes. Referiu haver programas de apoio ao docente com proposta de custeamento dos gastos em eventos para o aprimoramento técnico-científico, porém, as dificuldades burocráticas para acesso a esses incentivos acabam desestimulando o seu uso.

Já a Escola 2, constata que ocorre promoção de práticas formativas e estímulo à atualização, sem exigência da instituição. Porém, não foram apresentadas evidências claras de promoção da atualização técnico-científica, e o apoio referido demonstrou-se frágil, já que constitui somente em conceder o “direito a ir a um congresso por semestre com abono de falta”. Essa afirmação inclina mais para a opção 1, visto que a instituição não oferece a atualização técnico científica e o estímulo citado é irrisório para ser considerado um apoio de fato.

O professor deve buscar regularmente, em todo o período de docência, a atualização técnico-científica por meio de participações em cursos, congressos, intercâmbios, especializações, mestrado e doutorado, visando aperfeiçoamento para melhor exercício do ensino. Apesar dessa necessidade, foram identificados poucos avanços no desenvolvimento docente em cursos de medicina no Brasil em inquéritos anteriores (MASETTO, GAETA, 2013; PERIM *et al.*, 2009).

A autoavaliação de escolas médicas goianas são concordantes com dados da literatura que indicam carência de realização de formações didático-pedagógicas permanentes e significativas e de atualizações técnico-científicas em prol do desenvolvimento docente (PERIM *et al.*, 2009, COSTA, 2010; RÊGO; BATISTA, 2012; SADOYAMA, 2018; MENDES, 2019; PAVAN; SENGER; MARQUES, 2020, QUINTANILHA; DA SILVA FARIAS; ANDRADE, 2020). Essas constatações contradizem as orientações propostas pelas DCN de 2014 que afirmam que:

“O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação ao conhecimento, manejo e aplicação das metodologias ativas de ensino-

aprendizagem, em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. A instituição deverá definir mecanismos de avaliação e valorização do trabalho docente desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade e/ou junto à rede de serviços do SUS.” (BRASIL, 2014)

A institucionalização do processo de formação docente e de estímulo à atualização técnico-científica é, portanto, necessária para o avanço das escolas não somente para o cumprimento regulatório de diretrizes, mas, principalmente para o alcance de aprimoramento essencial ao melhor desempenho profissional dos professores e, conseqüentemente à formação de médicos aptos à suprir às demandas sociais.

Os caminhos a serem percorridos pelas instituições em busca de uma formação docente efetiva perpassam por programas de educação permanente cujos objetivos respondam às necessidades institucionais, com formato longitudinal e elaboração colaborativa com envolvimento dos docentes para planejamento e condução do processo de ensino-aprendizagem. Também é importante a coordenação por experts em ensino e a utilização de metodologias problematizadoras associados a uma avaliação periódica do programa (TRIVINO *et al.*, 2011; SILVA; COSTA; LAMPERT, 2017).

O investimento das escolas para o desenvolvimento docente deve seguir paralelo à adesão dos próprios professores ao processo formativo, rompendo com o fator de maior entrave na construção de avanços: a resistência docente às mudanças. É preciso propor reflexões e estratégias para transformar a concepção de que o fazer docente é apenas um dom ou um sacerdócio, que precisa exclusivamente do conhecimento do conteúdo específico de disciplinas para ser bem executado (COSTA, 2007; LAMPERT *et al.*, 2009).

Falta integração ensino-serviço para atuação docente

Em 2019, assim como nos demais anos em que a autoavaliação foi realizada, a Escola 1 assumiu o nível 2 no vetor 16 (“procura estimular os docentes a participarem dos serviços de saúde e do planejamento do sistema de saúde, o que fazem esporadicamente e os profissionais de saúde dos serviços eventualmente participam na docência”) e justifica que a participação dos docentes na assistência é limitada, com dificuldades no diálogo entre a Universidade e o serviço de APS, mas com uma atuação docente regular no serviço terciário.

Nas evidências, foi relatada a efetivação de COAPES para a utilização dos cenários de práticas, mas sem franqueamento do professor para a realização de atos médicos na APS: “O aluno só vê a atuação do professor no hospital-escola”. Essa afirmação traz à tona entraves para a consolidação da participação docente nos cenários que albergam a maior parte dos atendimentos à população, indicando possíveis déficits na formação médica, visto que as experiências de ensino nesses cenários encontra-se prejudicada pela falta de integração adequada.

A Escola 2 vetor 16, assume o nível 3 (em 2013 assumiu nível 2), e justifica que há estímulo aos docentes para participar na rede de saúde, com pactuação entre ensino-serviço para utilização de UBS, ambulatório central e hospital escola. Como evidência traz que profissionais do sistema de saúde participam da docência, porém não deixa claro como ocorre essa participação quanti e qualitativamente, como são os vínculos desses profissionais com o sistema de saúde e com a Universidade, nem como são as relações no serviço (se há integração de fato com participação docente no planejamento das ações da rede de atenção, com agenda compartilhada, envolvimento interprofissional e aproximação com a comunidade).

A análise das justificativas e evidências das escolas permite inferir que a especificação do vínculo que o docente terá com a rede de atenção à saúde pode determinar o quanto sua participação será menos ou mais efetiva na formação dos discentes nesses cenários de práticas.

A Escola 1 destacou que o papel do docente no hospital-escola é bem definido e traz clareza de sua atuação no ambiente de prática, o que sugere melhor desenvolvimento de suas ações pedagógicas. O contrário acontece na APS em que

sua participação aparenta ser apenas de observação do que ali acontece, sem possibilidade de integração de fato e melhor desfrute das situações reais para o aprendizado, além de dificultar intervenções concretas na comunidade.

A participação docente apresentada pela Escola 2 indica tendência à maior integração com as atividades ali executadas. Entretanto, essa integração poderia ser melhor evidenciada por meio da especificação do tipo de contratação desses profissionais, pois vínculos temporários tendem a trazer instabilidade e falta de incentivo para uma atuação mais produtiva. Além disso, a explicitação da tipologia das unidades docentes-assistenciais (se predomina agenda compartilhada ou agenda própria, e se a orientação é feita predominantemente por supervisão ou por preceptoria) também são fatores importantes para a avaliação do quão forte é a integração ensino-serviço no aspecto da atuação docente: reiterando que a adoção de agenda compartilhada entre a instituição e o serviço de saúde possui maior força de integração (SILVA; COSTA; LAMPERT, 2017; ALBIERO; FREITAS, 2017).

A reorientação da formação médica para atender às necessidades sociais preconizou a contextualização do aprendizado nos cenários de práticas reais dos serviços de saúde, priorizando os ambientes do SUS. As parcerias entre instituições de ensino e serviços é norteada pelas DCN que orientam a realização de COAPS por meio de acordos com gestores municipais e estaduais de saúde. Essas pactuações são mais integrativas quanto maior o diálogo entre IES e a rede de serviços, com a viabilização de planejamento conjunto das ações e maior aproximação entre docentes, discentes e profissionais da rede (BRASIL, 2014; VENDRUSCOLO; PRADO; & KLEBA, 2016).

Programas de reorientação da formação em saúde também buscaram oportunizar a aproximação entre ensino e serviço para maior e melhor atuação docente nesses cenários. Houve resultados positivos com o fortalecimento da interdisciplinaridade, a reestruturação dos espaços institucionais e a revisão das práticas pedagógicas com articulação entre a dimensão teórica do conhecimento e a vivência. A pesquisa também recebeu incentivo nesse contexto por meio da utilização da práxis articulada às realidades como fonte de produção coletiva de ações de promoção da saúde (VENDRUSCOLO; PRADO; & KLEBA, 2016).

Os incentivos à integração ensino-serviço para atuação docente também sofreram entraves ao seu desenvolvimento: a população e profissionais da rede revelaram resistência em relação ao estudante, a estrutura física precária dos serviços de saúde não colaboram pro bom desempenho das atividades, os interesses da IES muitas vezes se apresentam dissociados aos interesses da comunidade, escassez de planejamento conjunto entre o serviço de saúde e a IES para as ações a serem desenvolvidas nos cenários de práticas (VENDRUSCOLO; PRADO; & KLEBA, 2016).

Diante de avanços e percalços, níveis diferentes de avanços podem ser encontrados na participação docente no sistema de saúde. O cenário da educação médica no Brasil revela escolas em que professores são profissionais da rede e atuam como gestores municipais, até contextos em que locais do sistema de saúde não permitem a participação efetiva do docente: “eles enfrentam dificuldades de acesso às reuniões e demais situações em que são discutidas e planejadas as ações do sistema de saúde” (SILVA, 2016; SILVA; COSTA; LAMPERT, 2017).

A integração docente também pode ser avaliada por meio do tipo de orientação adotada nos cenários de prática: priorizar a supervisão por docentes próprios da IES proporciona atividades mais tradicionais/acadêmicas; já a escolha de orientação por meio do preceptor incentiva ação mais autônoma do grupo de discentes frente à rotina de trabalho. Essas conclusões provocam reflexão sobre a orientação das DCN ao estimular preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde com supervisão de docentes próprios da IES, em seu artigo 24 referente ao estágio curricular obrigatório (ALBIERO; FREITAS, 2017; BRASIL, 2014).

As transformações nas relações e ações nos cenários de práticas dependem também de capacitações para que os profissionais da IES e do serviço exerçam suas funções com competência e integração. As DCN assumem que esse processo pode ser facilitado por meio do fomento de programas permanentes de formação para os profissionais da rede de saúde (BRASIL, 2014; VENDRUSCOLO; PRADO; & KLEBA, 2016).

Conclui-se que a integração ensino-serviço deve ser realizada como uma via de mão dupla, na qual ambos são potenciais parceiros na apropriação e reprodução de ações planejadas e assertivas. Os objetivos pedagógicos da universidade devem

ser alinhados às demandas locais do serviço por meio de um planejamento participativo para maior satisfação de ambos. Os investimentos na formação dos profissionais devem ser duradouros e direcionados pelas necessidades da comunidade (SILVA; COSTA; LAMPERT, 2017; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Ausência de política institucional para formação para gestão

As Escolas 1 e 2 são unânimes na avaliação sobre capacidade gerencial ao assumir o nível 2. Ambas referem que não há promoção sistemática para formação para gestão, mas admitem que há reconhecimento da importância da capacitação gerencial. Apesar de relatarem esse reconhecimento, as Escolas não apresentam evidências de que isso aconteça: não citam docentes que assumem cargos administrativos institucionais com algum conhecimento de ciências administrativas (a Escola 1 ainda afirma que os docentes que assumem cargos administrativos, geralmente possuem somente formação didático-pedagógica), nem revelam a impressão de estilo gerencial participativo entre os segmentos docente, discente e técnico-administrativo.

Neste caso, talvez seja mais coerente as Escolas assumirem o nível 1, já que os docentes que assumem os cargos administrativos o fazem de forma empírica e fundada em experiência própria (disciplina, departamento, direção de escola, de hospital-escola, de clínica, etc.).

A realidade das Escolas goianas reflete o que é vivenciado em outras instituições brasileiras em que não há reconhecimento, nem promoção de capacitação gerencial. Algumas outras escolas ainda relatam certo reconhecimento e promoção da capacitação gerencial, porém são referidas formações esporádicas, pontuais, restritas a alguns docentes e com conteúdos técnicos voltados a atender necessidades particulares da IES (LAMPERT *et al.*, 2019).

O conhecimento sobre gestão universitária é negligenciado não somente na prática administrativa, mas também em pesquisas. As bases de dados sobre o

assunto são escassas assim como as discussões e formações para o gerenciamento de escolas médicas (AMARAL; NUNES, 2017; ALMEIDA, 2008).

“A administração universitária, em especial a gestão da escola médica, não é temática reconhecida e valorizada pela comunidade acadêmica. No entanto, o desenvolvimento da formação médica depende, em grande parte, de boas práticas de gestão” (ALMEIDA, 2008)

Vale ressaltar que gestão em saúde possui aplicações distintas, sendo as duas principais relacionadas a planejamento e administração. Em geral há enfoque na noção de planejamento, como destacado nas DCN de 2014 que estimulam o desenvolvimento de competências gerenciais no ensino em saúde. Foi reservada uma área específica de Gestão em Saúde nessas DCN, que orientam a “formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade” (BRASIL, 2014; AMARAL; NUNES, 2017).

A grande área de Gestão em Saúde tratada pelas diretrizes apresenta as dimensões de gestão do cuidado (objetivando a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos), valorização da vida, tomada de decisões, comunicação, liderança, trabalho em equipe e participação social, articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2014). Essa abordagem conduz para a formação de competência médica não somente para solucionar problemas, mas também para melhorar os contextos sociais por meio de uma postura gestora responsável que leva ao uso eficiente dos recursos (FARIAS, 2018).

Portanto, observa-se investimentos para que a formação em gestão se inicie desde a graduação, porém nota-se apenas um margeamento na noção administrativa de gestão, não havendo especificações para capacitação de gestão institucional.

A gestão institucional compreende a administração da missão da IES (pesquisa, produção, sistematização e socialização do conhecimento e da cultura), do emprego de recursos visando sua sustentabilidade e expansão, e da dinâmica da

formação profissional como um todo. Para a execução dessa administração é preciso capacidade para articular parcerias com organismos nacionais e governamentais em busca de recursos para sua sustentabilidade e desenvolvimento (MASETTO, 2011).

Outros requisitos para uma boa administração são a realização de avaliações permanentes da gestão, adoção de práticas com perspectivas futuras e manutenção de visão social (MASETTO, 2011).

A importância da formação para gestão enfrenta pouca adesão do corpo docente pela inexistência de atrativos para assumir o cargo, havendo referência de que as atividades gestoras trazem sobrecarga de trabalho e afastamento da sala de aula e de seus próprios colegas de trabalho (LAMPERT *et al.*, 2019; PIVETTA, 2019).

O desenvolvimento docente para assumir cargos gerenciais se mostra exíguo e carece de maior atenção das instituições para que sejam realizadas boas práticas de gestão, tanto para o desenvolvimento das atividades acadêmico-administrativas, como para o sustento de mudanças na formação médica (ALMEIDA, 2008).

As responsabilidades para a execução de cargos gestores exige que os profissionais da administração das IES sejam devidamente capacitados para tanto, o que pode ser feito por meio da institucionalização de programas de desenvolvimento docente permanente (LAMPERT *et al.*, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de autoavaliação institucional mostrou-se promotor de reflexões coletivas sobre diferentes aspectos das escolas médicas, facilitando um momento de trocas e melhor conhecimento de suas realidades, o que possibilitou a realização de um diagnóstico institucional com potencial para induzir movimentos contínuos de mudanças.

As análises das discussões promovidas pela autoavaliação possibilitaram enxergar diferentes cenários entre as duas escolas estudadas. A Escola 1, pública, com mais de 60 anos em atividade, apresenta contradições entre planejamento e execução: o PPC parece atender às DCN, mas a práxis não se desenvolve da mesma forma (não há evidências sustentadas de que o uso dos cenários de prática e atuação dos docentes nesses espaços se faz de forma integrada às realidades, principalmente da APS). É necessário a revisão do PPC à luz do que realmente é aplicado pelas IES para que haja coerência na educação almejada, e a autoavaliação institucional apresenta-se como facilitadora desses processos reflexivos.

O desmantelamento das políticas indutoras de mudanças apresentou-se como fator de desaceleração de mudanças para a Escola 1, demonstrando o quanto as políticas públicas são alavancas indispensáveis para o desenvolvimento de melhorias no ensino, especialmente para as escolas públicas e com estruturas mais tradicionais.

A Escola 2, particular, inaugurada após as primeiras DCN, apresenta estrutura curricular, abordagens pedagógicas e integração ensino-serviço com melhores evidências de avanços em direção ao paradigma da integralidade no ensino. O financiamento privado mostrou-se como articulador da integração ensino-serviço (a Escola 2 revelou fomento para aprimoramento e manutenção de UBS utilizadas como cenários de prática). O financiamento público deveria garantir igualdade nas estruturas de cenários de prática para escolas públicas e particulares, evitando disparidades promovidas por práticas capitalistas segregadoras.

O incentivo à pesquisa não foi substancial em nenhuma das duas escolas,

coincidindo com uma tendência nacional de desestímulo progressivo à produção científica que coloca o país à mercê de domínios externos: a “economia” promovida ao não financiar as pesquisas se torna prejuízo em meio à necessidade de compra de tecnologias externas (ESCOBAR, 2021).

O desenvolvimento docente persiste como eixo de entraves às mudanças, com evidências de descompromisso institucional com a promoção regular e mandatória de formações que atendam às necessidades particulares de aprendizado dos docentes da medicina. Docentes também são responsáveis pelo subdesenvolvimento desse eixo pela baixa adesão aos processos formadores. Para que o magistrado seja encarado com mais compromisso pelos docentes é necessário resgatar a valorização da formação do professor de medicina, romper com as resistências às mudanças e com o individualismo da ação docente.

A falta de formação para gestão coloca em risco a formação médica ao expor a administração institucional ao amadorismo.



PUBLICAÇÕES

Artigo 1: “AUTOAVALIAÇÃO INSTITUCIONAL PELO MÉTODO DA RODA: MOVIMENTO DE MUDANÇAS EM DUAS ESCOLAS MÉDICAS”

INSTITUTIONAL SELF-ASSESSMENT BY THE WHEEL METHOD: MOVEMENT OF CHANGES IN TWO MEDICAL SCHOOLS

Autores: Eliane Consuelo Alves Rabelo¹ - ¹ Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde | Faculdade de Medicina | Universidade Federal de Goiás | Goiânia | GO | Brasil. Contato: elianeconsuelo@gmail.com

Nilce Maria da Silva Campos Costa² - ² Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde | Faculdade de Medicina | Universidade Federal de Goiás | Goiânia | GO | Brasil. Contato: nilcecosta58@gmail.com

Revista : Revista Avaliação da Educação Superior.

Resumo: O presente estudo buscou identificar a tipologia de tendência de mudanças de duas escolas médicas goianas no ano de 2019 (uma pública e uma particular) e comparar os resultados aos obtidos pela Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde / Associação Brasileira de Educação Médica em 2008 e 2013. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, qualitativo e quantitativo, seguindo o Programa de Avaliação de Escolas Médicas da Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde / Associação Brasileira de Educação Médica, que utiliza o Método da Roda, constituído realização de grupo focal e aplicação de questionário de autoavaliação do curso para a coleta dos dados. A autoavaliação foi realizada em 2019, por atores institucionais representativos das duas escolas que responderam às 17 questões relativas aos cinco eixos conceituais presentes no instrumento: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente. As respostas objetivas permitiram identificar a tipologia da escola (tradicional, inovadora com tendência tradicional, inovadora com tendência avançada, avançada). As justificativas e evidências possibilitaram a análise qualitativa de conteúdo segundo Bardin. A escola 1 apresentou tipologia inovadora com tendência avançada em 2008, inovadora com tendência tradicional em 2013 e, novamente, inovadora com tendência avançada em 2019. Destacou como fortaleza os eixos Projeto Pedagógico e Cenários de Prática e fragilidade os eixos Desenvolvimento Docente e Abordagem Pedagógica. Já a Escola 2, evidenciou tipologia avançada em 2013 e 2019, tendo como eixos mais avançados os Cenários de Prática e a Abordagem Pedagógica, e com tendência mais tradicional os eixos Mundo do Trabalho e Desenvolvimento Docente. A autoavaliação institucional permitiu identificar um movimento em direção ao cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais, com mudanças alicerçadas nas inovações dos Projetos pedagógicos do curso e no uso regular de cenários de prática variados. A falta de formação docente adequada persiste como fator de obstrução ao movimento de mudanças, mesmo após às orientações das novas DCN.

Palavras-chave: Educação Médica; Avaliação Institucional, Currículo Baseado em Problemas, Docente de Medicina

Abstract: The present study sought to identify the typology of trend of changes in which two medical schools from Goiás (one public and one private), comparing these results to those obtained by the Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde / Associação Brasileira de Educação Médica in 2008 and 2013. This is a descriptive and exploratory study, qualitative and quantitative, along the lines of the CAES / ABEM Medical Schools Evaluation Program, which proposes the use of the Método da Roda consisting of a focus group and the application of a self-assessment questionnaire course for data collection. The self-assessment was carried out in 2019, by institutional actors representing the two schools who answered the 17 questions related to the 5 conceptual axes present in the instrument: world of work, pedagogical project, pedagogical approach, practice scenarios and teacher development. The objective answers allowed identifying the school's typology (traditional, innovative with traditional tendency, innovative with advanced, advanced tendency). The justifications and evidence enabled the qualitative analysis of content according to Bardin. School 1 presented innovative typology with an advanced trend in 2008, innovative with a traditional trend in 2013 and, again, innovative with an advanced trend in 2019. It highlighted as strength the Pedagogical Project and Practice Scenarios axes and fragility the axes Teacher Development and Pedagogical Approach. School 2, on the other hand, showed advanced typology in 2013 and 2019, with the axes of Practice Scenarios and Pedagogical Approach with a greater advanced tendency, and the fragile World of Work and Teacher Development axes. Institutional self-assessment allowed us to identify a movement towards compliance with the DCN, with changes based on

PPC innovations and the regular use of varied practice scenarios, however, the lack of adequate teacher training persists as an obstacle to the movement of changes, even after the incisive guidelines of the new DCN.

Keywords: Medical Education; Institutional Evaluation, Problem-Based Curriculum, Medical Faculty

1 Autoavaliação institucional: sentidos e práticas

A avaliação do ensino superior fornece subsídios relevantes à sociedade ao possibilitar a prestação de contas do investimento público no atendimento às suas necessidades, além de auxiliar o governo na elaboração de políticas públicas e oferecer à entidades organizadas orientações para suas estratégias de articulação interinstitucional e com a população (BELLONI, 1995). Alcançar esses objetivos exige que a avaliação vá além da fiscalização de caráter mercadológico, e assuma uma identidade formativa e democrática para a promoção de reflexão e ação em torno da construção de conhecimentos, realização de serviços, programas e produtos que correspondam às demandas sociais (SOBRINHO, 2018).

Dentre os principais níveis de avaliação da educação superior encontra-se a avaliação institucional que se realiza por meio da autoavaliação e geralmente é complementada por uma avaliação externa (SOBRINHO; RISOFF, 2003).

A autoavaliação institucional apresenta potencial formativo por viabilizar um processo reflexivo, de autoconhecimento, que possibilita um diagnóstico institucional que “servirá de espelho para a indicação de soluções para a conservação ou modificação dos rumos da IES, considerando seus objetivos e metas, com base na sua missão” (GALDINO, 2011). Ela permite então, não somente averiguar o cumprimento de obrigações institucionais, mas também tem papel importante no estímulo à mudanças.

No Brasil, a autoavaliação institucional é prática obrigatória coordenada pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) por meio da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) que promulgaram diretrizes para orientar o relatório de autoavaliação, no qual deve constar o diagnóstico analítico das IES, distinção das ações empreendidas, avanços, desafios enfrentados e ações previstas para a melhoria das atividades acadêmicas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), para auxiliar a construção de políticas públicas e melhorias na educação médica brasileira, realizou avaliações institucionais por meio da Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde (CAES) com a utilização do

Método da Roda, cujo primeiro momento é constituído pela autoavaliação institucional (LAMPERT et al., 2019).

Os resultados das avaliações promovidas pela CAES/ABEM mostraram que as escolas médicas apresentavam tendências de mudanças em direção ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) com movimento que as desloca do modelo tradicional para o modelo avançado. Concluiu-se que os projetos pedagógicos condiziam com a formação do médico indicada pelas DCN, porém com desafios para a execução de ações correlatas devido abordagens pedagógicas conservadoras, prática de atividades de ensino não compatíveis com as necessidades de saúde da população e avaliações da aprendizagem ainda tradicionais. Destacou-se também a ocupação dos cenários de práticas como um fator de avanço, e como fatores limitantes a fragmentação do conhecimento e a falta de investimento no processo de desenvolvimento docente (LAMPERT et al., 2019).

Diante do dinamismo das transformações exigidas para melhor atender à população, a autoavaliação institucional apresenta-se como recurso para a análise situacional das escolas médicas, com potencial de subsidiar a criação de estratégias para reforçar as fortalezas das instituições e sanar déficits que possam impedir o pleno desenvolvimento de um ensino de qualidade.

O objetivo deste trabalho foi identificar a tipologia de tendência de mudanças de duas escolas médicas goianas no ano de 2019 (uma pública e uma particular) e comparar os resultados aos obtidos pela Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde / Associação Brasileira de Educação Médica em 2008 e 2013.

2 Métodos

Foi realizado, um estudo descritivo e exploratório, qualitativo e quantitativo, nos moldes do Programa de Avaliação de Escolas Médicas da CAES/ABEM utilizando o Método da Roda (LAMPERT et al., 2019).

Conforme designação do método, foi realizado grupo focal com a participação de atores institucionais representativos das escolas avaliadas, para aplicação de questionário de autoavaliação do curso para a coleta dos dados.

O questionário de autoavaliação do método é constituído por 17 questões com a disposição de três situações alternativas possíveis: (1) representa a tendência tradicional conservadora, (2) representa a tendência inovadora e (3) representa a tendência avançada para mudança de paradigma (do modelo flexneriano biologicista, para o paradigma da integralidade.. Os vetores estão distribuídos em cinco eixos conceituais: mundo do trabalho, projeto

pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente, que possibilitam avaliação das escolas da área da saúde de acordo com os princípios das DCN (Figura 1) (LAMPERT; COSTA; ALVES, 2016).

Figura 1. Descrição do esquema do método da roda com dezessete vetores distribuídos em cinco eixos relevantes para a formação profissional na área da saúde.



Fonte: LAMPERT; COSTA; ALVES, 2016

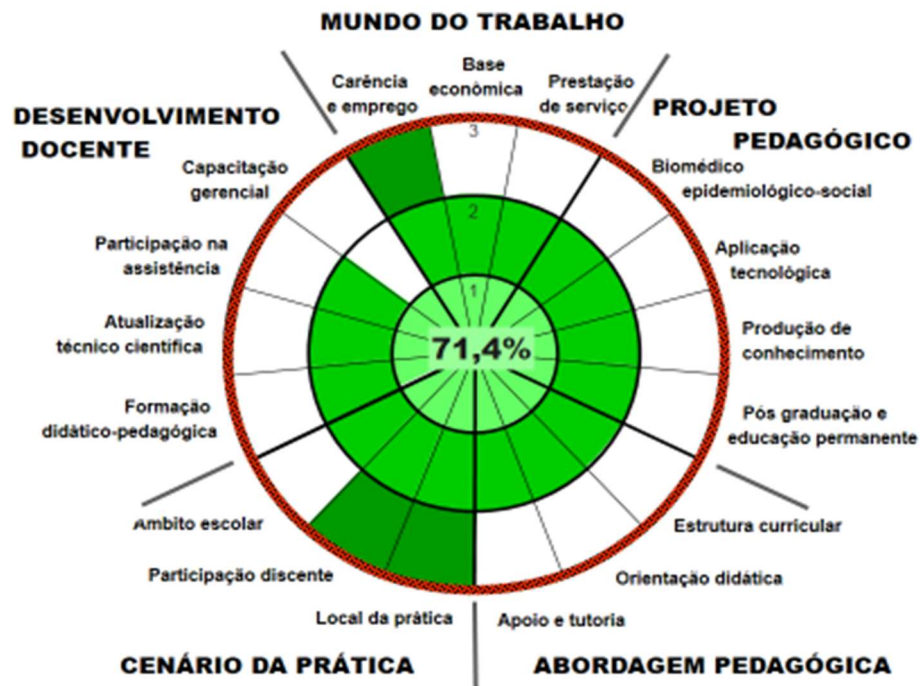
As escolhas das alternativas resultaram em porcentagens que permitiram identificar a tipologia das escolas (tradicional, inovadora com tendência tradicional, inovadora com tendência avançada ou avançada) (LAMPERT; COSTA; ALVES, 2016). Os dados qualitativos foram coletados por meio das justificativas e evidências que surgiram no exercício de troca de informações e percepções das ações institucionais entre os participantes da pesquisa ao decidirem a alternativa que representava predominantemente a escola em cada um dos vetores. Para a avaliação desses dados utilizou-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e obedeceu os princípios éticos evitando possíveis riscos e/ou constrangimentos aos participantes, conforme a Resolução CNS n. 466/2012 (BRASIL, 2012).

3 Resultados e discussão

A Escola 1 foi avaliada pelo Método da Roda nos anos 2008, 2013 e 2019. A Figura 2 mostra as imagens da roda com os resultados quantitativos que apresentam a tipologia da escola no momento da auto avaliação em cada ano.

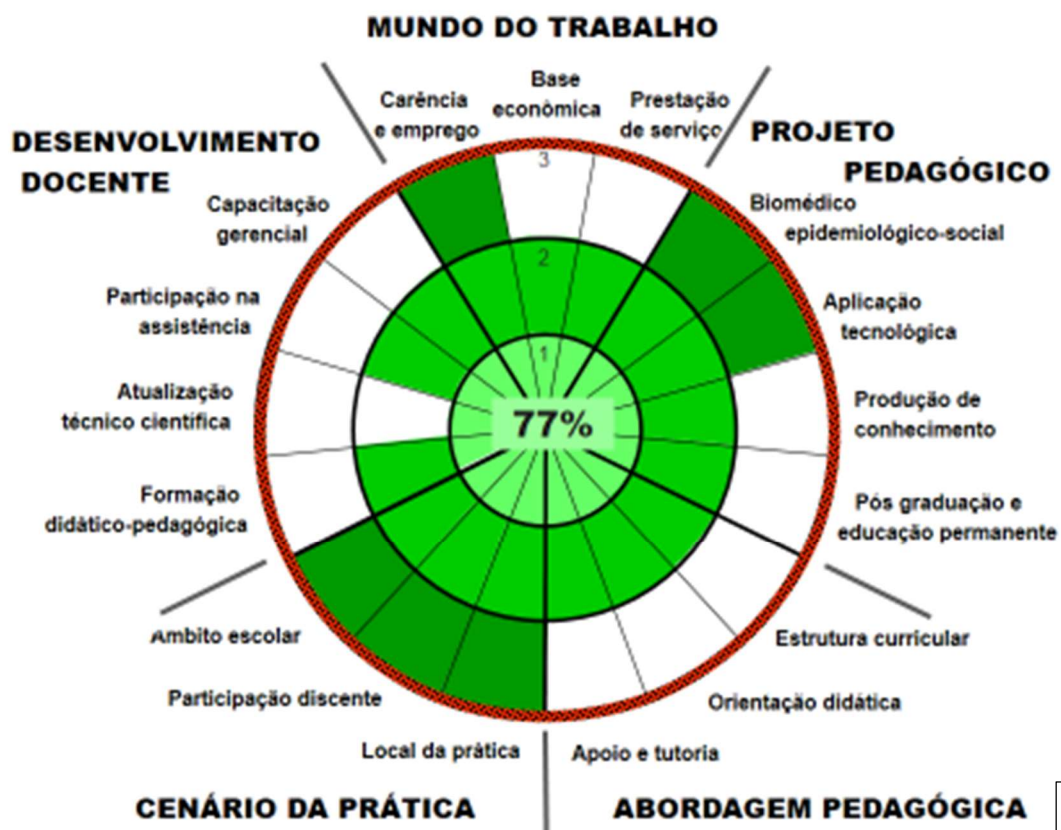
Figura 2. Tipologias de tendências de mudanças da Escola 1 auto avaliada em 2008, 2013 e 2019. Goiânia, 2020.



200



201



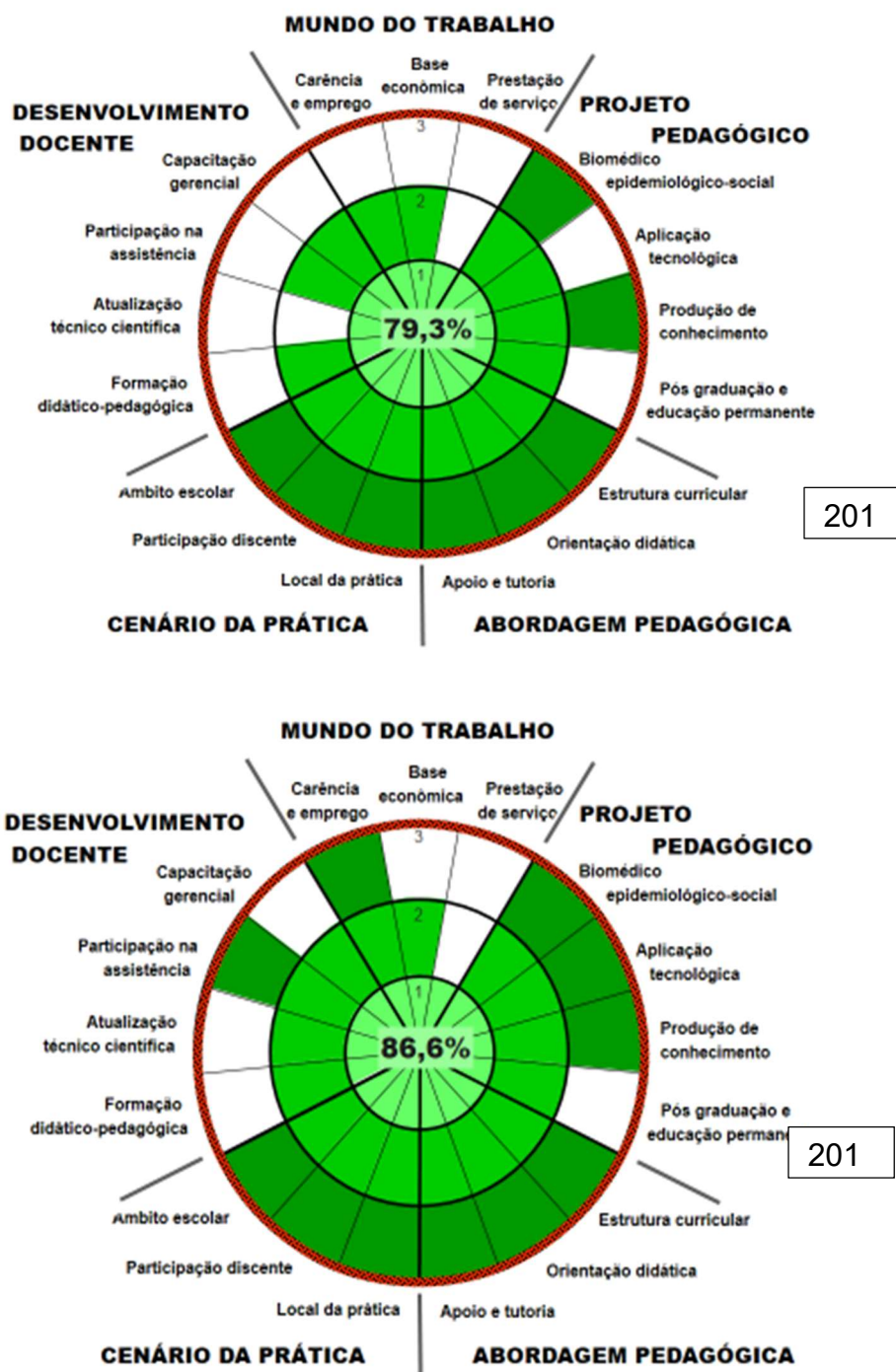
201

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Foi verificada tipologia inovadora com tendência avançada em 2008, com 71,4% de tendências de mudanças. Em 2013, passou a exibir a tipologia inovadora com tendência tradicional, com um movimento de alguma retração visto por meio dos vetores Carência e emprego do Eixo 1, Mundo do Trabalho, e Pós Graduação e Educação Permanente do Eixo 2, Projeto Pedagógico. Já em 2019, a Escola avançou para a tipologia inovadora com tendência avançada, apresentando 77% de mudanças com destaque para os avanços observados nos eixos do Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico e Cenários de Prática.

A Escola 2 havia realizado a autoavaliação em 2013 e participou novamente do processo em 2019. A Figura 3 mostra as imagens da roda com os resultados quantitativos que apresentam as tipologias da escola no momento da autoavaliação em cada ano.

Figura 3. Tipologias de tendências de mudanças da Escola 2 auto avaliada em 2013 e 2019. Goiânia, 2020.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Observa-se que em 2013, a Escola 2 apresentou 79,3% de tendências de mudanças, valor que corresponde à tipologia Inovadora com Tendência Avançada. Em 2019, passou a apresentar a tipologia Avançada, com 86,6% de tendências de mudanças. Essa trajetória foi marcada por transformações em todos os eixos, com maior avanço no eixo de Desenvolvimento docente.

Para análise qualitativa, cada eixo foi considerado a priori como categoria analítica dos quais emergiram subcategorias, que foram analisadas seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

3.1 Mundo do Trabalho

Esse eixo é abordado a partir da percepção dos atores institucionais a respeito do direcionamento da formação para as demandas do mercado (LAMPERT et al., 2019). A análise qualitativa permitiu a emergência de três subcategorias: 1) Formação médica voltada para o SUS; 2) Projeto pedagógico responsável por direcionar a formação para as demandas do mercado de trabalho; e 3) Falta abordagem sistemática sobre a prestação de serviços na formação médica (reconhecimento da prática liberal, das relações com instituições mediadoras e do trabalho em equipe multidisciplinar é negligenciado)

As Escolas 1 e 2 reconheceram a necessidade de formar profissionais para atender às demandas do SUS como protagonista do mercado de trabalho médico, e apresentaram como justificativas a interação ensino-serviço, com utilização precoce dos cenários de práticas, e a escola 2 ainda acrescentou como justificativa a metodologia do PBL (Problem Based Learning) direcionada à formação de médicos generalistas. As evidências apresentadas foram disciplinas que abordam a estrutura, funcionamento e carências do SUS, além da realização de parcerias para a utilização precoce e regular de cenários de práticas nos variados níveis de atenção da rede pública durante todo o curso.

As escolas também destacaram o projeto pedagógico do curso (PPC) como evidência de reconhecimento da formação voltada para a carência de profissionais para a Atenção Básica por apresentar grade curricular e métodos de ensino-aprendizagem (este último referido pela escola 2) dedicados à inserção precoce dos alunos em conteúdos e vivências do SUS. Entretanto, vale ressaltar que a dimensão política dos projetos deve ser coerente com a dimensão pedagógica: o PPC deve sair do papel e ocorrer de fato (MORAES; COSTA, 2015; SALVADOR; SANT'ANNA, 2017). Assim, as evidências do uso precoce dos cenários de práticas do SUS novamente mostraram-se como indicadores de que a proposta política dessas escolas de voltar a formação para a Atenção Básica sinaliza-se nas aplicações pedagógicas.

As duas escolas afirmaram percepção da prática médica como assalariada e liberal, porém com abordagem superficial e informal, visto que não há no currículo e na prática do contexto de ensino-aprendizagem orientação específica sobre o assunto.

O exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar foi reconhecido por meio das vivências nos cenários de práticas, como as proporcionadas pela disciplina Saúde Coletiva. Como essas vivências se passam em sua maioria nos cenários de prática do SUS, os participantes referiram desconhecer como se dão as relações entre profissionais de saúde-usuários e profissional médico-equipe multidisciplinar em outros contextos de prestação de serviço.

As duas escolas revelaram não haver conteúdo curricular explícito a respeito das relações institucionais. O docente, que na maioria das vezes mantém atividades médicas em consultórios privados vinculados ao domínio de convênios, torna-se o maior exemplo para o estudante. O modelo do professor como profissional liberal que dá aulas transforma-se na maior referência do mundo do trabalho. Entretanto, apenas essa referência não esclarece adequadamente diversos aspectos do exercício da profissão, como a forma como são procurados e ofertados os serviços de saúde, como funcionam as instituições que intermedeiam a prestação de assistência na compra e venda de serviços de saúde, os cuidados dispensados, ganhos monetários respectivos e aspectos éticos envolvidos. (LAMPERT, 2009)

A análise comparativa com os dados dos anos anteriores revela que as escolas apresentaram predominantemente tendências inovadoras nesse eixo, com avanços em 2019 no vetor Carência e Emprego em que o reconhecimento da formação voltada para o SUS tornou-se mais evidente.

3.2 Projeto Pedagógico

Ao avaliar como a escola orienta a formação em relação aos conceitos de saúde e doença, desempenha seu papel nas inter-relações sociais e direciona o enfoque intersetorial por meio de sua missão política e pedagógica, foram captadas três subcategorias de análise qualitativa: 1) O enfoque teórico está voltado para os determinantes sociais da saúde quanto mais estreita é a relação da escola com a Atenção Primária; 2) Carência de incentivo à pesquisa na graduação médica; e 3) Falta de franqueamento regular à educação permanente de profissionais da rede

A avaliação das mudanças estimadas no modelo de atenção à saúde passam pela observação do compromisso firmado por meio dos projetos pedagógicos para uma formação médica envolvida com os aspectos sociais, coletivos e ambientais da sociedade. Para essa observação é preciso focar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que traduzem as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a situação de saúde dos indivíduos (OMS, 2011).

As escolas estudadas revelaram que seus projetos pedagógicos se comprometem com DSS com ênfase nas necessidades da Atenção Primária. A Escola 1 citou como evidências as disciplinas Método Clínico e Saúde Coletiva que integram o ensino à Atenção Básica e exigem projetos referentes à promoção da saúde. Já a Escola 2, apresentou como evidências a utilização sistemática dos cenários de práticas do SUS e a execução de reunião de planejamento para orientar todo o curso para a atenção primária.

A respeito da aplicação tecnológica e produção de conhecimentos, ambas referiram que seus projetos pedagógicos apresentam incentivos à pesquisa. Ao serem discutidas as vivências da graduação, entretanto, a produção científica mostrou-se tímida, com evidências pouco sustentáveis sobre a quantidade e a qualidade dos produtos científicos, e, principalmente, sem um referenciamento concreto nas necessidades sociais, na Atenção Básica, na gestão do sistema de saúde, na interação escola-serviço-comunidade e no processo ensino-aprendizagem.

Esses resultados refletem a realidade nacional: o Brasil apresenta histórico de uma formação médica à margem das necessidades de construção de conhecimentos por meio de pesquisas científicas (apenas 10% a 20% dos profissionais tiveram contato com o sistema de pesquisa médica durante a graduação), com falta de financiamento e presença de cortes financeiros frequentes à comunidade científica nos últimos anos. A marginalização da pesquisa científica na graduação proporciona a formação de médicos sem competências suficientes para liderar ou acompanhar as inovações do setor de saúde, altamente vinculadas ao desenvolvimento científico (ZAGO, 2004; FIGUEIREDO et al., 2018).

A respeito da oferta de pós-graduação e educação permanente, as escolas afirmaram haver modalidades de especialização e pós-graduação vinculadas aos cursos. Trouxeram como evidências os programas de residência médica e de pós-graduação, e consideraram que havia promoção de educação permanente em saúde por meio da participação de profissionais da rede nos programas de pós-graduação. Essas evidências se mostraram frágeis para sustentar a afirmação de que há franqueamento regular à educação permanente de profissionais da rede, visto que não foram apresentados exemplos substanciais da aproximação entre as estruturas de ensino das graduações e pós-graduações com a rede de serviços, além de haver negativa da

articulação entre as mesmas e os gestores do Sistema de Saúde.

A integração dos profissionais da rede com as instituições de ensino pode ser estimulada pelo subsídio à educação permanente desses profissionais e concretizada por meio de parcerias entre as IES e a rede do SUS. Essas parcerias atreladas à inclusão das percepções dos trabalhadores da rede, trazem benefícios multidirecionais ao suprir as necessidades da escola, da comunidade e do serviço (FAIMER, 2017).

O diálogo débil entre as instituições de ensino e a rede de assistência dificulta a reflexão sobre a realidade, impedindo melhor formação e desenvolvimento dos discentes, dos trabalhadores e dos gestores da rede, além de reprimir a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social na saúde (FAIMER, 2017).

A análise comparativa entre as autoavaliações das escolas no decorrer dos anos mostrou que a escola 1 apresentou avanço em 2019 em relação aos anos anteriores justificado pelo maior enfoque às necessidades da Atenção Primária. A Escola 2 apresentou características similares nos períodos de avaliação, com predomínio da tendência avançada, também sustentada pelo apoio do projeto pedagógico na integração ensino-serviço.

3.3 Abordagem pedagógica

Foi possível identificar a tendência do processo ensino-aprendizagem e do processo avaliativo que se desenvolve nas escolas médicas pesquisadas, além de explorar se a orientação didático-pedagógica é mais centrada no professor ou no aluno, com o uso ou não de tutorias.

Foram evidenciadas três subcategorias nesse eixo: 1) Estrutura curricular integrada não impede a prática de disciplinas fragmentadas: descompasso entre o planejamento e a execução do currículo modular; 2) Metodologias ativas são melhor efetivadas em escolas que adotam o PBL; e 3) Estrutura física, materiais e abordagem pedagógica devem ser alinhados à intencionalidade da divisão em pequenos grupos

A ruptura com estruturas curriculares fragmentadas é uma importante medida para mudanças rumo ao cumprimento das DCN com o objetivo de formar médicos generalistas que atendam melhor as demandas sociais (BRASIL, 2014).

A Escola 1 apresentou redirecionamentos em prol da integração curricular, porém uma prática em descompasso com o planejamento, visto que as disciplinas desenvolvem-se de forma independente, sendo integrada somente a nota. A mesma tendência é observada na orientação didática em que o PPC traz diretrizes baseadas em metodologias ativas, porém, na prática são executadas predominantemente aulas teóricas e avaliações somativas.

A Escola 2 assume tendência avançada por possuir currículo integrado, com a prática de estrutura modular, demonstrando coerência entre o projeto e a prática por evidenciar uma matriz curricular baseada na espiral do conhecimento e desenvolvimento de interdisciplinaridade em todas as etapas do curso.

Aguilar-da-Silva e colaboradores (2009) destacavam que “...para que o currículo propicie o sentido emancipatório, precisa ser entendido como uma práxis...” e o descompasso percebido entre o planejamento e a prática de integração curricular deve ser trazido à luz para que mudanças significativas ocorram em prol da interdisciplinaridade.

O objetivo de integração curricular depende de processos de ensino-aprendizagem coerentes com o planejamento para que haja a efetivação do aprendizado significativo. Esses processos são melhor executados quando apoiados no protagonismo do aluno e na problematização da realidade (PAIVA et al., 2016).

A Escola 1 referiu um projeto pedagógico com diretrizes para a realização de metodologias ativas. Na prática, entretanto, ocorrem predominantemente aulas teóricas, com avaliações formativas integradas às somativas. Já a Escola 2, refere adoção de métodos de aprendizagem com ênfase na realidade de saúde com prática regular na Atenção Básica e utilização da PBL como metodologia de base.

Ao assumir metodologias específicas como base para o ensino-aprendizagem a escola possibilita um norteamento mais eficaz para sua execução na prática. O rigor metodológico necessário ao ensino de qualidade deve ser almejado para que o planejamento não entre em descompasso com a prática, como visto na Escola 1.

Um método não necessariamente é melhor que o outro, mas a coerência entre seu projeto e execução traz maior confiabilidade e eficiência para o processo educativo. Os projetos, por sua vez, devem ser também alinhados às necessidades do mercado de trabalho para o desenvolvimento articulado entre formação acadêmica e profissional. Esse alinhamento visa sanar a carência de profissionais com predisposição à descoberta e à criação, que “difícilmente poderão ser possibilitadas por uma abordagem pedagógica rígida e centrada nos conteúdos e professores” (SCHLICHTING; HEINZLE, 2020; AGUILAR-DA-SILVA et al., 2009).

Abordagens pedagógicas centralizadas no aluno exigem estratégias que oportunizem a expressão individual e discussões mais democráticas para a produção conjunta do conhecimento, tendo o professor como mediador dos processos de ensino-aprendizagem. Exemplos dessas estratégias são a divisão das turmas em pequenos grupos, a realização de tutoria e o fornecimento de estrutura física adequada, com materiais de apoio e recursos humanos adequados (AGUILAR-DA-SILVA et al., 2009).

A Escola 1 identificou-se no nível 2 (tendência inovadora) no vetor de apoio e tutoria, referindo que há a divisão da turma em pequenos grupos, como é realizado no laboratório de Habilidades Médicas. Nesse mesmo cenário, contudo, não foi identificada estrutura adequada para o processo de ensino-aprendizagem, com referência a materiais precários e insuficientes para a quantidade de alunos, limitando as experiências de aprendizado. Não foi mencionada a existência de tutoria.

A Escola 2 apresentou tendência avançada nesse mesmo vetor evidenciando condições adequadas dos espaços físicos, disciplinas que trabalham com casos reais, tutoria com situações-problema, todos conduzidos em pequenos grupos.

A realização do ensino em pequenos grupos mostra-se como um caminho assertivo para abordagens pedagógicas mais efetivas, porém, para que haja sucesso no desenvolvimento dessa estratégia é preciso estrutura física adequada, materiais de apoio e tutores que amparem sua concretização.

3.4 Cenários de Práticas

A realização do ensino junto à sociedade, com cenários de práticas reais e nos diversos níveis de atenção à saúde, proporciona as mudanças necessárias à formação de médicos competentes para o melhor atendimento da população (LAMPERT et al., 2019).

A partir da avaliação do eixo Cenários de Práticas foi possível identificar duas subcategorias: 1) Integração ensino-serviço: descentralização do ensino da prática médica e relações do serviço com a universidade; e 2) Participação discente supervisionada.

A utilização das unidades de saúde nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) é preconizada nas DCN de 2014 que ressaltam a necessidade de inserção precoce do aluno nas redes de serviços de saúde, principalmente às vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), “considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem” (BRASIL, 2014).

As Escolas 1 e 2 se mostraram avançadas na autoavaliação sobre o uso de cenários de práticas e contribuição com os mecanismos de referência e contra referência. Ambas afirmaram utilizar os três níveis de atenção à saúde desde o início do curso de medicina, entretanto, as evidências apresentadas pela Escola 1 se mostraram frágeis, visto que não foram apresentadas disciplinas ou estratégias objetivas de integração com o serviço de saúde. Já a Escola 2 apresentou como evidência a disciplina transversal Medicina de Família e Comunidade (MFC) como cenário de prática durante todo o curso.

Ambas as escolas não apresentaram evidências de como são realizados os processos de

referência e contra-referência nos serviços, além da falta de exposição das tecnologias utilizadas nesses cenários.

A parceria entre as escolas médicas e os serviços de saúde deve ser bem observada para que seja identificado o grau de integração que se concretiza na prática, possibilitando averiguar se há ou não a participação do serviço na construção do estágios e existe contrapartida como o apoio da escola na assistência, na cobertura da demanda do serviço e nos investimentos para educação permanente dos profissionais da rede (STELLA et al., 2009; ALVES; BICUDO, 2015).

A tendência de descentralização dos locais de ensino de práticas médicas mostra-se uma realidade bem estabelecida. Entretanto, as escolas médicas ainda deparam-se com entraves “relacionados à organização da própria rede de saúde e nas relações entre academia e serviços, principalmente em virtude dos papéis exercidos pelos docentes supervisores e os preceptores” (SILVA, 2016).

Outro desafio para a descentralização é a persistência de norteadores políticos que valorizam a competitividade, a performatividade e a meritocracia. Políticas públicas indutoras de mudanças tem sido descontinuadas e outras pseudomantidas ou rearranjadas por conveniência, renunciando-se que logo ocorra a eliminação das transformações conquistadas (SORDI, 2019).

Além de levar o acadêmico para ambientes de ensino-aprendizagem que transpassam as paredes dos hospitais-escola, é preciso que a participação discente nesses espaços seja incentivada em todas as etapas do processo ensino-aprendizagem para que sejam formados profissionais aptos a transpor os conhecimentos acadêmicos para o seu cotidiano. O protagonismo do aluno é essencial para a construção do espírito científico, de valores éticos, do pensamento crítico e reflexivo, o que viabiliza o desenvolvimento da autonomia na formação do ser humano e de futuros profissionais (SANTOS, 2020; BERBEL, 2011).

As escolas 1 e 2 reconheceram-se avançadas na avaliação da participação discente por apresentarem participações regulares dos alunos nos cenários de práticas com supervisão docente. A Escola 1 não apresentou evidências claras e específicas sobre onde e como as práticas são realizadas ou como se dá a supervisão. A Escola 2 trouxe como evidências atividades realizadas no decorrer do curso com supervisão regular, como: os módulos de habilidades médicas, o Programa Integrado de Saúde Coletiva (PISC) e o internato.

As reflexões sobre a participação discente precisam abranger a estrutura física, as rotinas de atendimentos, a preparação dos preceptores e supervisores para que a formação médica seja transformada de fato. Logísticas de ações e de integração com os profissionais da rede e a

comunidade precisam ser bem estabelecidas para que todas as partes sejam beneficiadas.

O favorecimento da integração ensino-serviço em prol de uma participação discente mais próxima da realidade da comunidade depende da organização dos processos de trabalho, como por exemplo, se a agenda da unidade é compartilhada com os integrantes da universidade, se segue a rotina da equipe do serviço ou se há agenda exclusiva para os estudantes. Depende também do tipo de orientação que é dada aos alunos nas unidades, se por supervisão ou por preceptoria, sendo que a adoção de agenda compartilhada e de supervisão são consideradas estratégias com maior força de integração. (ALBIERO; FREITAS, 2017).

3.5 Desenvolvimento Docente

O desenvolvimento docente pode ser avaliado por meio das políticas da escola em relação aos investimentos na formação didático-pedagógica e técnico-científica, na integração com a comunidade por meio da parceria com os serviços e na capacitação gerencial (LAMPERT et al., 2019).

Este foi o eixo de menor tendência de mudanças nas duas escolas em todos os anos em que a autoavaliação foi realizada e, da análise qualitativa dos dados, foram observadas três subcategorias: 1) Carência de políticas institucionais para formação didático-pedagógica e atualização técnico científica; 2) Falta de integração ensino-serviço para atuação docente; e 3) Ausência de política institucional para formação para gestão

A formação didático-pedagógica encontra barreiras para sua consolidação e efetividade no cenário nacional: editais de concursos e contratações de docentes não exigem a formação didática como pré-requisito para a ocupação das vagas, não são realizadas regularmente formações introdutória e permanente do docente contratado, são escassas as exigências de desenvolvimento profissional, e a participação dos professores nas formações promovidas geralmente é facultativa. Outros percalços são capacitações com objetivos de aprendizado que não correspondem às necessidades do cotidiano dos professores, além da desvalorização da docência e desinteresse por parte dos próprios professores levando à baixa adesão nos processos formativos (COSTA, 2010; RÊGO; BATISTA, 2012; SADOYAMA, 2018; MENDES, 2019; LAMPERT et al., 2019).

As escolas 1 e 2 reconheceram não haver desenvolvimento sistemático e mandatório de formações didático-pedagógicas para os docentes do curso de medicina. Citaram evidências de capacitações pontuais em que a presença do docente não era exigida, o que levava à ausência de grande parte deles, e conteúdos não correspondentes às necessidades do cotidiano da docência na medicina.

O incentivo ao aperfeiçoamento profissional dentro de sua especialidade também mostrou-se deficitário, com não existência de políticas institucionais, financiamento, ou estímulo claro para apoio à atualização técnico-científica, dando-se por iniciativa dos próprios docentes.

A realidade apresentada pelas escolas reflete uma tendência nacional de carência de desenvolvimento didático-pedagógico dos docentes. Para reverter esse cenário é preciso reconhecer a necessidade de investimento das escolas, que deve ser acompanhado de melhor adesão dos professores ao processo formativo para romper com o fator de maior entrave na construção de avanços: a resistência docente às mudanças. Reflexões e estratégias devem ser traçadas para afastar a concepção de que o fazer docente é apenas um dom ou um sacerdócio dependente exclusivamente do conhecimento do conteúdo específico de disciplinas para ser bem executado (COSTA, 2007; LAMPERT et al., 2009).

O desenvolvimento de docentes competentes para assumir a reorientação da formação médica passa pela integração efetiva desses profissionais aos serviços de saúde em que será feito o preparo dos graduandos. Entretanto, no Brasil, existe nessa integração uma heterogeneidade que vai desde escolas em que os professores são profissionais da rede e atuam como gestores municipais, até contextos que revelam sistemas de saúde que não permitem a participação efetiva do docente, ficando claro que eles “enfrentam dificuldades de acesso às reuniões e demais situações em que são discutidas e planejadas as ações do sistema de saúde” (SILVA; COSTA; LAMPERT, 2017).

Em 2019, assim como nos demais anos em que a autoavaliação foi realizada, a Escola 1 referiu que procura estimular os docentes a participarem dos serviços de saúde e do planejamento do sistema de saúde, o que fazem esporadicamente, e os profissionais de saúde dos serviços eventualmente participam na docência. A justificativa demonstra que a participação dos docentes na assistência é limitada, com dificuldades no diálogo entre a Universidade e o serviço de Atenção Primária, mas com uma atuação docente regular no serviço terciário.

A Escola 2, que em 2013 apresentava tendência inovadora, em 2019, refere tendência avançada por estimular os docentes a participar na rede de saúde, com profissionais do sistema de saúde participando da docência, porém não deixa claro como ocorre essa participação quanti e qualitativamente, como são os vínculos desses profissionais com o sistema de saúde e com a Universidade, nem como são as relações no serviço (se há integração de fato com participação docente no planejamento das ações da rede de atenção, com agenda compartilhada, envolvimento interprofissional e aproximação com a comunidade).

A especificação do vínculo que o docente terá com a rede de atenção à saúde pode determinar o quanto sua participação será menos ou mais efetiva na formação dos discentes nesses cenários de práticas: vínculos temporários tendem a trazer instabilidade e falta de incentivo para uma atuação mais produtiva. Além disso, a supervisão por docentes próprios da IES proporciona atividades mais tradicionais/acadêmicas e a orientação por meio do preceptor incentiva ação mais autônoma do grupo de discentes frente à rotina de trabalho (SILVA; COSTA; LAMPERT, 2017; ALBIERO; FREITAS, 2017).

Por fim, o desenvolvimento docente é negligenciado também quanto à formação para gestão institucional e cargos administrativos são assumidos sem conhecimento específico para tal (DO AMARAL; NUNES, 2017). Segundo Almeida (2008), “A administração universitária, em especial a gestão da escola médica, não é temática reconhecida e valorizada pela comunidade acadêmica. No entanto, o desenvolvimento da formação médica depende, em grande parte, de boas práticas de gestão”.

As Escolas 1 e 2 são concordantes quanto à avaliação da capacidade gerencial e assumem tendência inovadora. Ambas referem que não há sistematização da formação para gestão, mas admitem que há reconhecimento da importância da capacitação gerencial. Apesar de relatarem esse reconhecimento, as escolas não apresentam evidências de que isso aconteça: não citam docentes que assumem cargos administrativos institucionais com conhecimento de ciências administrativas, nem revelam a impressão de estilo gerencial participativo entre os segmentos docente, discente e técnico-administrativo. Nesse caso, talvez fosse mais coerente as escolas assumirem tendência tradicional, já que os docentes que assumem os cargos administrativos o fazem de forma empírica e fundada em experiência própria.

Diante das responsabilidades exigidas para a execução de cargos gestores é importante que os profissionais da administração das IES sejam devidamente capacitados para tanto, o que pode ser feito por meio da institucionalização de programas de desenvolvimento docente permanente (LAMPERT et al., 2019).

4 Considerações finais

Escolas médicas do estado de Goiás apresentam um movimento em direção ao cumprimento das DCN 2014, com mudanças alicerçadas nas inovações dos PPC e no uso regular de cenários de prática variados.

A Escola 1 apresentou um movimento de oscilação de tipologias ao longo dos períodos avaliados, de acordo com os atores institucionais envolvidos nos processos de autoavaliação, mostrando-se inovadora com tendência avançada em 2008, inovadora com tendência

tradicional em 2013 e, novamente, inovadora com tendência avançada em 2019. Já a Escola 2, evidenciou tipologia avançada em 2013 e 2019.

A descentralização dos locais de ensino, com progressiva interação ensino-serviço, persiste como forte indicador de mudanças em direção a uma formação mais condizente com as necessidades da população.

A falta de formação docente adequada persiste como fator de obstrução ao movimento de mudanças, mesmo após às orientações incisivas das novas DCN.

Avanços nos projetos pedagógicos das escolas são evidentes e condizem com as novas DCN. Entretanto, o descompasso entre os PPC e as práticas pedagógicas, ou seja, entre a teoria e a prática, chamam atenção para a necessidade de reavaliação dos planejamentos realizados. Estruturas tradicionais de ensino não devem ser camufladas por propostas não executadas. A autoavaliação institucional mostra-se, nesse contexto, como ferramenta indispensável para mudanças de dentro para fora, por meio da autorreflexão que promove a identificação das inconsistências presentes nas realidades das escolas.

5 Referências

ALBIERO, J. F. G.; DE FREITAS, S. F. T.. Cenários de prática na atenção básica: tipologia para unidades docente-assistenciais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5836>> Acesso em: 25 nov. 2020.

ALMEIDA, M. J. de. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 202-209, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

ALVES, R.; BICUDO, A. M. Avaliação da Escola Médica: Reflexões sobre os Sistemas Nacionais de Avaliação. **Cadernos da Abem**, Rio de Janeiro, v.11, p 54-60, 2015.

AGUILAR-DA-SILVA, R. H. *et al.* Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 53-62, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6 ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELLONI, I. *et al.* Avaliação institucional da Universidade de Brasília. In: BALZAN, N.C. E DIAS SOBRINHO, J. (orgs.), **Avaliação institucional: teoria e experiências**. São Paulo, Cortez, 1995.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/0>> Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>> Acesso em 18 fev. 2021.

_____. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, 2012. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

_____. **Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

COSTA, N. M. da S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, pág. 21-30, abril de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2020.

_____. Formação pedagógica de professores de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 102-108, 2010.

DIAS SOBRINHO, J. Avaliação: dilemas e conflitos institucionais e políticos. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 23, n. 1, p. 1-4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772018000100001> Acesso em: 18 fev. 2021.

DIAS SOBRINHO, J.; RISTOFF, D. I. **Avaliação e Compromisso Público: a educação superior em debate**. Florianópolis: Editora Insular, 2003.

DO AMARAL, I. L. M. F.; NUNES, E. D. Os conceitos de gestão e administração: aplicação ao estudo das gestões dos diretores da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. **Regae-Revista de Gestão e Avaliação Educacional**, v. 6, n. 13, p. 67-81, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/regae/article/view/28092>> Acesso em: 18 fev. 2021.

FAIMER-BRASIL. Curso ML-WEB **Temas Instigantes do Desenho Curricular – Interação Ensino-Serviço** - agosto, 2017. Construção Coletiva Fellows 2016 e 2017.

FIGUEIREDO, W. P. S. *et al.* Pesquisa científica: conhecimento, atitudes e barreiras entre estudantes de medicina brasileiros. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 56-59, 2018. ISSN 2318-3691. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1155>>. Acesso em: 27 nov. 2020.

GALDINO, M. N. D. A autoavaliação institucional no ensino superior como instrumento de gestão. **Fundação CESGRANRIO/Universidade do Grande Rio**, n. 1, p. 15, 2011.

LAMPERT, J. B.; COSTA, N. M. da S. C.; ALVES DA SILVA, R. **Ensino Na Saúde - Modelo de avaliação CAES/ABEM na construção de mudanças Método da Roda**, Goiânia, Editora - Faculdade de Medicina da UFG - Universidade Federal de Goiás, 2016.

LAMPERT, J. B. *et al.* Mundo do trabalho no contexto da formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 35-43, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

_____. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 5-18, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

_____. **Avaliação de Cursos de Graduação da Área da Saúde pelo Método da Roda: Investigação Avaliativa para Tendências de Mudanças**. Editora Appris, 2019.

MENDES, R. F. **Professores no Curso de Medicina:(des) caminhos entre a atuação profissional e a profissionalidade docente**. Orientador: Noeli Prestes Padilha Rivas. 2019. 127 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MORAES, B. A.; COSTA, N. M. S. C. Análise documental de currículos da área da saúde no Brasil. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015

PAIVA, M. R. F. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, v.15, n. 2, p.145-153, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049/595>> Acesso em: 25 nov. 2020.

REGO, C.; BATISTA, S. H. Desenvolvimento docente nos cursos de medicina: um campo fecundo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 317-324, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 nov. 2020.

SADOYAMA, A. dos S. P. *et al.* Identidade profissional do professor em medicina: um estudo de revisão sistemática. **CIAIQ2018 - Atas - Investigação Qualitativa em Educação**, v. 1, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1696>> Acesso em: 26 nov. 2020.

SALVADOR, L. D. S.; SANT'ANNA, P. A. Projetos pedagógicos de cursos de saúde e sua articulação com as políticas públicas para a formação em saúde no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 7, n. 1, p. 185-202, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2165>> Acesso em: 25 nov. 2020.

SANTOS, T. T. O Arco de Maguerez e a Aprendizagem Baseada em Projetos na Educação em Saúde. **Educação Pública**, v. 20, n. 7, 2020. Disponível em: <<https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/7/o-arco-de-maguerez-e-a-aprendizagem-baseada-em-projetos-na-educacao-em-saude>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SCHLICHTING, T. de S.; HEINZLE, M. R. S. Metodologias ativas de aprendizagem na educação superior: aspectos históricos, princípios e propostas de implementação. **Revista e-Curriculum**, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/36099> > Acesso em: 26 nov. 2020.

SILVA, F. A. da. **Processo autoavaliativo do desenvolvimento docente em escolas médicas brasileiras: espelhos e reflexos nas percepções dos atores institucionais**. 2016. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

SILVA, F. A.; COSTA, N. M. da S.; LAMPERT, J. B. O desenvolvimento docente na autoavaliação institucional de escolas médicas brasileiras: o Método da Roda e suas possibilidades para análise qualitativa. **CIAIQ 2017**, v. 2, 2017.

SORDI, M. R. L. de. Docência no ensino superior: interpelando os sentidos e desafios dos espaços institucionais de formação. **Educar em Revista**, v. 35, n. 75, p. 135-154, 2019.

STELLA, R. C. de R. *et al.* Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 63-69, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011

ZAGO, M. A. A pesquisa clínica no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, pág. 363-374, junho de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2020.

Artigo 2: “TRANSPOSIÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO INSTITUCIONAL PELO MÉTODO DA RODA PARA O MEIO DIGITAL: POTENCIALIDADES PARA UMA AVALIAÇÃO DIALÓGICA EM TEMPOS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL”

TRANSPOSITION OF INSTITUTIONAL SELF-ASSESSMENT BY THE WHEEL METHOD TO THE DIGITAL ENVIRONMENT: POTENTIALITY FOR A DIALOGICAL ASSESSMENT IN TIMES OF SOCIAL DISTANCING

Autores: Eliane Consuelo Alves Rabelo¹ - ¹ Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde | Faculdade de Medicina | Universidade Federal de Goiás | Goiânia | GO | Brasil. Contato: elianeconsuelo@gmail.com

Nilce Maria da Silva Campos Costa² - ² Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde | Faculdade de Medicina | Universidade Federal de Goiás | Goiânia | GO | Brasil. Contato: nilcecosta58@gmail.com

Jadete Barbosa Lampert³ - ³Universidade Federal de Santa Maria | Santa Maria | RS | Brasil. Contato: jadete60@gmail.com

Ana Paula Neres de Santana Bandeira⁴ - ⁴Programa de Pós-graduação em Performances Culturais | Faculdade de Ciências Sociais | Universidade Federal de Goiás | Goiânia | GO | Brasil. Contato: annabandeira@gmail.com.br

Victor Hugo César Godoi⁵ - ⁵Centro Integrado de Aprendizagem em Rede | Universidade Federal de Goiás | Universidade Federal de Goiás | Goiânia | GO | Brasil. Contato: victor_godoi@ufg.br

Revista : Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM.

Resumo: A autoavaliação institucional possui caráter formativo e oportuniza um diagnóstico situacional essencial para a tomada de decisões das instituições de ensino superior em meio a crises como a vivida atualmente com o contexto da pandemia da COVID19. O distanciamento social necessário à segurança da comunidade acadêmica induziu processos de mudanças e as atividades institucionais passaram a ser realizadas prioritariamente de forma remota mediada por tecnologias. Este trabalho destinou-se a testar a transposição para o meio digital de um instrumento de autoavaliação institucional de escolas da área da saúde já validado, objetivando facilitar o diálogo entre os atores sociais das instituições e ofertar resultados para melhor gerenciamento e aprimoramento do ensino neste contexto desafiador. O instrumento foi transposto para o meio digital e sua viabilidade foi experimentada mediante teste piloto em uma escola médica do estado de Goiás. Houve facilidade técnica para sua aplicação e o resultado foi considerado satisfatório, porém avaliou-se necessidade de testes em outras escolas para análise de necessidade de ajustes como uma apresentação mais elucidativa das questões do método e treinamento de moderador para sanar possíveis dúvidas.

Palavras-chave: Educação Médica; Avaliação Institucional, Educação Online

Abstract: Institutional self-assessment has a formative character and provides an essential situational diagnosis for decision-making by higher education institutions in the midst of crises such as that experienced today with the context of the COVID pandemic19. The social distance necessary for the security of the academic community led to changes and institutional activities began to be carried out primarily in a remote way mediated by technologies. This work aimed to test the transposition to digital medium of an institutional self-assessment instrument of schools in the area of health already validated, aiming to facilitate the dialogue between the social actors of the institutions and offer results for better management and improvement of teaching in this context challenger. The instrument was transposed to the digital medium and its feasibility was tested through a pilot test at a medical school in the state of Goiás. There was technical facility for its application and the result was satisfactory, but the need for tests in other schools was analyzed. The need for adjustments such as a more elucidative presentation of the questions of the method and training of moderators to resolve possible doubts

Keywords: Medical Education; Institutional Evaluation, Online Education

1 Autoavaliação institucional: importância no ensino superior

A avaliação no ensino superior é uma forma de reconhecimento e prática da responsabilidade social das Instituições de ensino superior por contribuir para a melhoria do ensino ofertado e proporcionar a formação de profissionais qualificados a atender às necessidades sociais¹.

Entre os processos avaliativos, a autoavaliação institucional apresenta potencial formativo que viabiliza reflexões coletivas em prol de transformações no ensino para a construção da autonomia e emancipação institucional².

A autoavaliação institucional consolidou-se como integrante fundamental dos processos de avaliação das escolas de ensino superior por meio do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) criado em 2004, trazendo-a como parte obrigatória da Avalies (Avaliação das Instituições de Educação Superior) que é uma das três grandes dimensões desse sistema: Avaliação dos Cursos de Graduação (ACG), Avaliação do Desempenho dos Estudantes (Exame Nacional de Avaliação de Desempenho dos Estudantes – Enade) e Avaliação das Instituições de Educação Superior^{3,4,5}.

A condução dos processos internos de avaliação da instituição fica a cargo da Comissão Própria de Avaliação (CPA), considerada pré-requisito para autorização, reconhecimento de cursos e credenciamento institucional pelo Ministério da Educação (MEC)³.

Uma das estratégias de incentivo à autoavaliação institucional implementada pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e pelo INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais) foi a promulgação das Diretrizes para Orientar o Relatório de Autoavaliação, com o objetivo de apresentar um diagnóstico analítico a respeito da IES, as ações empreendidas, os avanços, os desafios enfrentados e ações previstas para a melhoria das atividades acadêmicas. Essas Diretrizes estabelecem que o Relatório de Autoavaliação Institucional deverá ser estruturado com base nas referências apresentadas pelo Sinaes, e que “deve constar como as avaliações influenciaram ou modificaram o processo de gestão da IES e seus planos de melhoria, dando destaque para a evolução acadêmica da IES”⁶.

Cada instituição realiza uma autoavaliação, que será o primeiro instrumento a ser incorporado ao conjunto de mecanismos constitutivos do processo global de regulação e avaliação. A autoavaliação articula um estudo reflexivo segundo o roteiro geral – proposto em nível nacional –, acrescido de indicadores específicos, projeto pedagógico, institucional, cadastro e censo. O relatório da autoavaliação deve conter todas as informações e demais elementos constantes no roteiro comum de base nacional, análises qualitativas e ações de caráter administrativo, político, pedagógico e técnico-científico. Esses aspectos devem guiar o processo de avaliação e identificação dos meios e recursos necessários para a melhoria da IES, bem como uma análise de acertos e equívocos do próprio processo de avaliação (INEP, 2020?).

No contexto da educação médica no Brasil, a autoavaliação institucional tem sido um instrumento orientador para melhor gerenciamento e aprimoramento do ensino que tem passado por mudanças importantes nos últimos 30 anos. Com a expansão crescente de escolas médicas e a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001 e em 2014, tornou-se imprescindível o uso da autoavaliação como processo reflexivo e de autoconhecimento para um

diagnóstico institucional que conduza a processos de mudanças necessários à formação humanística baseada na integralidade almejada para suprir às demandas da população^{6,7,8,9}.

Iniciativas não governamentais também surgiram em prol da promoção de processos avaliativos educativos na educação médica, como a Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde (CAES) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) que utilizou o Método da Roda¹⁰, estimulada pela necessidade de avaliação das mudanças propostas pelas DCN^{9,11}.

As avaliações da CAES/ABEM foram realizadas de 2006 a 2008 com a participação de 30 cursos da área da saúde (sendo 28 de medicina) e de 2008 a 2013 com a participação de 48 cursos da área da saúde (sendo 46 de medicina). Foi aplicada uma avaliação investigativa com base na triangulação de métodos, construída em 3 momentos: autoavaliação institucional feita por atores sociais da respectiva escola, aprofundamento da avaliação interna com reflexão sobre as evidências de mudanças identificadas e construção de indicadores quali-quantitativos para aprimoramento nos processos de mudanças, e, por último, a avaliação externa por meio da visita de docentes avaliadores que interagem com a escola como observadores participantes^{10,12,13}.

Os resultados das avaliações mostraram escolas com tendências de mudanças em direção ao preconizado pelas DCN devido o movimento que as desloca do modelo tradicional para o modelo avançado. Concluiu-se que os projetos pedagógicos condizem com a formação do médico indicada pelas diretrizes nacionais, porém existem desafios para a execução de ações correlatas, como abordagens pedagógicas conservadoras, a prática de atividades de ensino não compatíveis com as necessidades de saúde da população e avaliações da aprendizagem ainda tradicionais. A utilização de cenários de práticas foi indicadora de avanços, entretanto, a fragmentação do conhecimento e a falta de investimento no processo de desenvolvimento docente foram identificadas como fatores limitantes ao cumprimento das DCN⁹.

2 Pandemia da COVID-19 e o uso de tecnologias para a continuidade dos processos de autoavaliação institucional

No início de 2020, com o surgimento da pandemia pela COVID19, estruturas sociais foram abaladas pela necessidade do distanciamento para conter a expansão da doença em todo o mundo. O fechamento generalizado de escolas trouxe desafios incalculáveis ao ensino em todas as suas instâncias. Na medicina não foi diferente: escolas médicas do mundo inteiro buscaram formas de se adaptarem à nova realidade para minimizar os danos à formação de novos médicos com o esforço de encontrar caminhos virtuais para viabilizar o ensino remoto ao menos para os conteúdos teóricos passíveis para tanto^{14,15}.

Nesse contexto, antigas e novas crises institucionais exigem planejamentos e execuções gerenciais também adaptados ao distanciamento social, visto que indicadores passam a não corresponder ao pleno andamento das atividades, oportunizando o uso da autoavaliação adaptada ao meio digital como recurso para a reconstrução do presente e do futuro institucionais em meio aos abalos gerados pelo cenário pandêmico^{4,15}.

A viabilização de recursos para avaliação institucional em meios digitais já era uma realidade mesmo antes da pandemia: cadastros, censos, índices, conceitos, e diversos outros recursos para a avaliação foram estruturados a partir de sistemas de registros e programas digitais, como o executado pelo Sinaes^{3,5}. Entretanto, muitos desses recursos possuem caráter regulatório, e propostas de avaliações formativas com bases dialógicas em meio digital para o ensino médico no Brasil não foram identificadas na literatura.

A autoavaliação institucional apresenta o potencial formativo/educativo, principalmente quando realizada em grupo por gerar discussão e reflexão coletivas. A participação decisória coletiva nos pleitos promove a ruptura com a “tradicional dicotomia entre os que decidem ou planejam e os que executam”, pondo em prática a democratização dos processos avaliativos e de mudanças institucionais¹⁶.

A disponibilização em meio digital e com possibilidades de discussões virtuais utilizando um instrumento de avaliação qualificado e validado é de suma importância e se mostra necessário para maior fortalecimento das instituições de ensino no cenário atual da pandemia pela COVID-19 em que o distanciamento social é uma medida de segurança.

Diante de tamanhas mudanças, torna-se imprescindível a busca de meios de manutenção dos processos avaliativos, com resgate da cultura de avaliação como caminho para assegurar os contínuos processos de aprimoramento do ensino médico.

3 O instrumento de autoavaliação institucional do Métodos da Roda

A autoavaliação institucional constitui o primeiro momento do Método da Roda e é realizada por meio da aplicação de um questionário com 17 perguntas denominadas vetores, com a disposição de três situações alternativas possíveis: (1) representa a tendência tradicional conservadora, (2) representa a tendência inovadora e (3) representa tendência avançada para mudança de paradigma (do modelo flexneriano biologicista, para o paradigma da integralidade que melhor atende às necessidades sociais). Os vetores estão distribuídos em cinco eixos conceituais: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente, que possibilitam avaliação das escolas da área da saúde de acordo com os princípios das DCN (Figura 1)¹⁷.

Figura 1. Descrição do esquema do método da roda com 17 vetores distribuídos em cinco eixos relevantes para a formação profissional na área da saúde.



Fonte: Lampert; Costa; Alves, 2016

Até 2019, a aplicação do questionário foi feita de forma presencial, com a exigência metodológica da presença de no mínimo 10 atores sociais da escola, representantes de docentes, discentes e técnicos-administrativos. Esses participantes se reuniam em grupo focal, em momento único com duração de aproximadamente duas horas, para responder às perguntas do questionário. A partir da discussão entre eles, havia a escolha da alternativa que predominantemente representasse a escola de acordo com a decisão conjunta dos presentes. Além de escolher a alternativa predominante, justificativas e evidências das escolhas deveriam ser redigidas no instrumento de coleta de dados¹⁷.

As escolhas das alternativas resultam em porcentagens que permitem identificar a tipologia da escola (tradicional, inovadora com tendência tradicional, inovadora com tendência avançada, avançada segundo tendências em direção ao cumprimento das DCN)¹⁷. Os dados qualitativos são coletados por meio das justificativas e evidências que surgem no exercício de troca de informações e percepções das ações institucionais entre os participantes da pesquisa ao decidirem a alternativa que melhor representa a escola em cada um dos vetores. Para a avaliação desses dados utiliza-se a análise de conteúdo¹⁸.

4 Transposição do instrumento do Método da Roda para o meio digital

Este estudo é resultado do produto técnico do mestrado do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás.

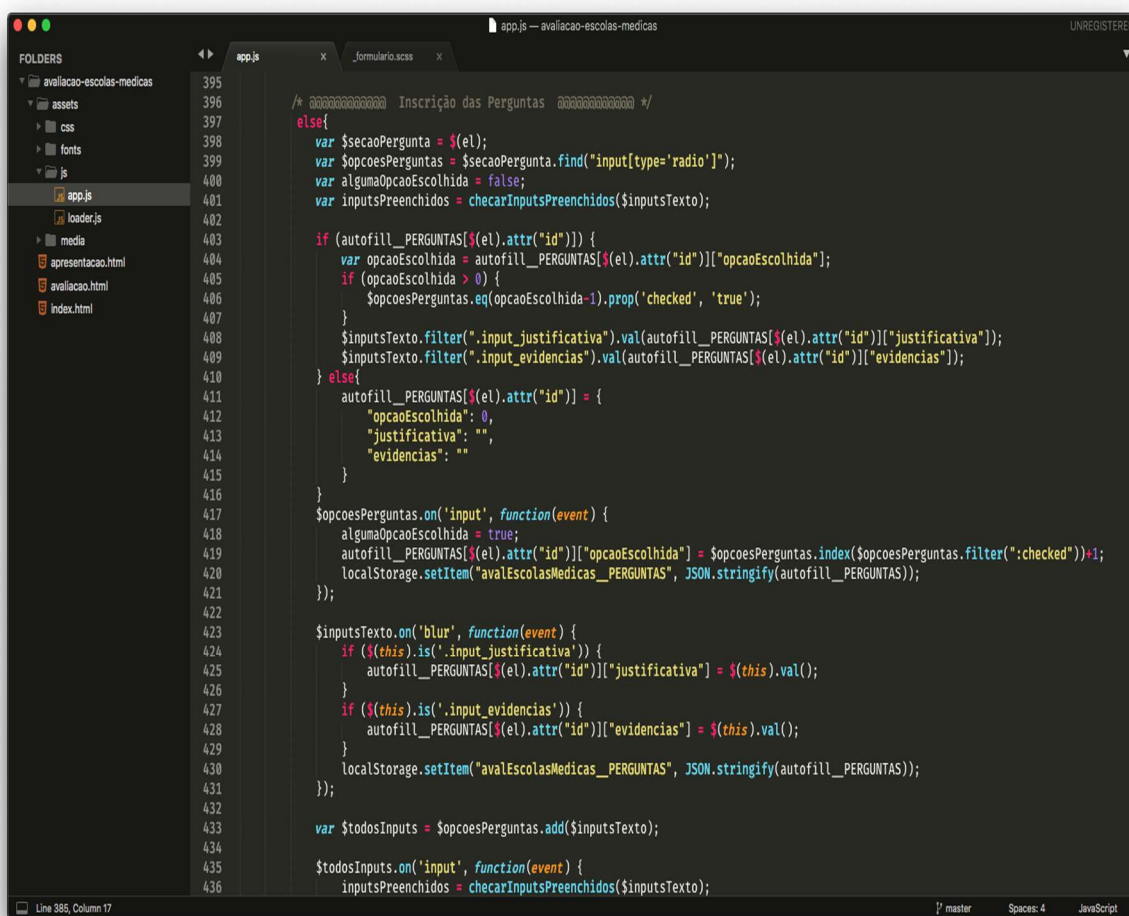
O objetivo principal foi construir e testar o acesso digital para o instrumento de coleta de dados do Método da Roda na avaliação das tendências de mudanças em escolas médicas ao atendimento às DCN. Também almejou-se possibilitar a identificação imediata da tipologia de tendência de mudanças para escolas médicas que utilizassem o instrumento digital, com fornecimento de relatório dos resultados quantitativos em arquivo PDF logo após o término da autoavaliação.

A elaboração do produto se deu em parceria com a equipe de Publicação do CIAR - Centro Integrado de Aprendizado em Rede/UFG que desenvolveu a ferramenta por meio de várias etapas. Inicialmente, a verificação e avaliação dos conteúdos para a coleta de dados se deu por meio de reuniões para a construção de um briefing inicial. Os conteúdos foram disponibilizados por meio de arquivos em PPTX, DOC e PDF.

No primeiro momento, a percepção era de que o gráfico que deveria ser gerado ao final da avaliação seria, de certa maneira, complexo em sua construção, pois a resposta gráfico-visual teria como base as respostas dadas pelo usuário de maneira remota. Além do gráfico, havia também um percentual numérica gerado (resultado da análise quantitativa de tendências de mudanças na escola), que envolve um cálculo que levaria a um refinamento preciso até a sua finalização.

Compreendida a estrutura principal do funcionamento, a ferramenta desenvolvida tem por base um site, desenvolvido em HTML e CSS, para composição e estilo de página. Para a funcionalidade do formulário e geração de relatórios, utilizou-se JavaScript, junto do framework jQuery. Já a figura da Roda usou uma linguagem chamada SVG, para que o gráfico fosse interativo e ao mesmo tempo visualmente rico. A escrita do código foi feita por meio do editor de texto Sublime Text. Outras ferramentas auxiliares também utilizadas foram: Adobe Illustrator, Node.js, Google Chrome.

Figura 2: Página de código fonte da ferramenta



```
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436

/* ~~~~~ Inscrição das Perguntas ~~~~~ */
else{
  var $secaoPergunta = $(el);
  var $opcoesPerguntas = $secaoPergunta.find("input[type='radio']");
  var algumaOpcaoEscolhida = false;
  var inputsPreenchidos = checarInputsPreenchidos($inputsTexto);

  if (autofill_PERGUNTAS[$(el).attr("id")]) {
    var opcaoEscolhida = autofill_PERGUNTAS[$(el).attr("id")]["opcaoEscolhida"];
    if (opcaoEscolhida > 0) {
      $opcoesPerguntas.eq(opcaoEscolhida-1).prop('checked', 'true');
    }
    $inputsTexto.filter(".input_justificativa").val(autofill_PERGUNTAS[$(el).attr("id")]["justificativa"]);
    $inputsTexto.filter(".input_evidencias").val(autofill_PERGUNTAS[$(el).attr("id")]["evidencias"]);
  } else{
    autofill_PERGUNTAS[$(el).attr("id")] = {
      "opcaoEscolhida": 0,
      "justificativa": "",
      "evidencias": ""
    }
  }
}

$opcoesPerguntas.on('input', function(event) {
  algumaOpcaoEscolhida = true;
  autofill_PERGUNTAS[$(el).attr("id")]["opcaoEscolhida"] = $opcoesPerguntas.index($opcoesPerguntas.filter(":checked"))+1;
  localStorage.setItem("avalEscolasMedicas_PERGUNTAS", JSON.stringify(autofill_PERGUNTAS));
});

$inputsTexto.on('blur', function(event) {
  if ($(this).is('.input_justificativa')) {
    autofill_PERGUNTAS[$(el).attr("id")]["justificativa"] = $(this).val();
  }
  if ($(this).is('.input_evidencias')) {
    autofill_PERGUNTAS[$(el).attr("id")]["evidencias"] = $(this).val();
  }
}
localStorage.setItem("avalEscolasMedicas_PERGUNTAS", JSON.stringify(autofill_PERGUNTAS));
});

var $todosInputs = $opcoesPerguntas.add($inputsTexto);

$todosInputs.on('input', function(event) {
  inputsPreenchidos = checarInputsPreenchidos($inputsTexto);
```

Fonte: Elaborada pelos autores.

Um importante destaque é que a ferramenta funciona no "front-end", isto é, não existe nenhuma etapa em que algum dado seja enviado para o servidor, processado, e então devolvido para o usuário. Quando o usuário acessa o site, o servidor fornece os arquivos HTML/CSS/JS da maneira em que foram escritos e, a partir daí, tudo acontece do lado "usuário".

Quanto à identidade visual da plataforma e a estrutura de navegabilidade, foi proposta uma estrutura que pudesse otimizar e facilitar o acesso aos usuários em seus diversos níveis de letramento digital, tanto na linguagem visual, na escolha tipográfica e cromática da interface, quanto no seu "esqueleto". Neste sentido, é importante destacar a viabilidade de interação facilitada por meio de textos introdutórios apresentando a ferramenta e instrução de uso, a caracterização de etapas para preenchimento do formulário, a possibilidade de dar continuidade às respostas em outro momento, a revisão de etapas, e a geração do arquivo final em extensão PDF.

O acesso ao instrumento de coleta de dados pode ser realizado por meio do link <https://producao.ciar.ufg.br/projetos/avaliacao-tendencia-mudancas-escolas-area-saude/index.html>.

A proposta é que os participantes da autoavaliação promovam encontro remoto único em plataforma digital de sua preferência, e que o coordenador da reunião acesse o *link* da autoavaliação e o disponibilize na tela de compartilhamento. Após o acesso ao *link*, etapas para a consolidação da avaliação serão expostas para que o método seja devidamente realizado.

As primeiras páginas do instrumento digital dedicam-se a apresentar o Método da Roda e a importância da realização da autoavaliação institucional (Figura 2).

Figura 3: Apresentação do instrumento digital de autoavaliação institucional pelo Método da Roda.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Em seguida são apresentados os critérios de inclusão e exclusão para a devida realização da método:

- Critérios de inclusão: atores institucionais vinculados às instituições no momento da pesquisa que se voluntariarem a participar da pesquisa.
- Critérios de exclusão: atores institucionais que não comparecerem no dia do acesso ao instrumento, ou que não possuírem vínculo comprovado com a IES.

O processo avaliativo é então pormenorizado, sendo exposta a necessidade do preenchimento dos dados de identificação da escola da área da saúde participante e dos atores institucionais reunidos, seguida da apresentação da estrutura do questionário (17 questões com três alternativas cada, em que os participantes devem escolher aquela que predominantemente representa a realidade de sua escola), e explicado como justificar e evidenciar a escolha realizada.

Diante do preenchimento adequado dos dados de identificação da escola e dos participantes, havendo o número mínimo de atores sociais determinado pelo método, ocorre a

liberação do questionário de autoavaliação institucional para o preenchimento pelos representantes da escola, com espaço para as respostas objetivas e para a redação das justificativas e evidências que levaram àquela resposta de consenso do grupo.

Ao término do preenchimento das 17 questões, há opção de finalizar ou retornar à alguma questão desejada, e, caso seja optado por finalizar o processo autoavaliativo, há a apresentação instantânea do resultado quantitativo da autoavaliação, com exposição da figura da roda e o percentual de tendências de mudanças gerado a partir das respostas dadas (Figura 3).

Figura 4: Resultado instantâneo gerado ao término da autoavaliação institucional em instrumento digital pelo Método da Roda.



Nome da instituição

Cidade

Estado

Goiás

Ano de formatura da primeira turma

Relatório gerado em 23 de Novembro de 2020, às 21:57

Fonte: Elaborada pelos autores.

Esse resultado é apresentado em formato de arquivo PDF que deverá ser salvo pelos representantes da escola e utilizado conforme necessidade/oportunidade da mesma.

Projeta-se albergar o *link* de acesso ao instrumento digital em sites de referência para o ensino na saúde e a viabilização de disponibilização de análise

5 Teste piloto do instrumento de autoavaliação institucional do Método da roda em meio virtual

O instrumento digital de autoavaliação institucional do Método da roda foi testado em Novembro de 2020 em uma escola médica privada do estado de Goiás, com a participação de 12 representantes: 6 docentes, 5 discentes e um técnico-administrativo, que se reuniram pelo aplicativo Zoom, das 20 às 22h em data pré-agendada. O coordenador da reunião abriu o *link* de acesso ao instrumento digital, iniciou a gravação da reunião para fins de registro para a instituição, e compartilhou a tela com os demais.

O participante que assumiu a relatoria da autoavaliação fez as leituras da apresentação do Método da Roda e seguiu com os passos para o preenchimento do instrumento. Os participantes responderam por microfone ou pelo chat do Zoom e, a partir da discussão das respostas individuais, chegava-se a um consenso sobre a opção escolhida. Em seguida, eram elaboradas as justificativas e evidências a serem redigidas pelo relator.

Uma única dificuldade observada foi o surgimento de dúvidas sobre o conteúdo apresentado no enunciado de quatro vetores, de um total de 17.

Ao término do questionário, o resultado quantitativo foi apresentado na figura da roda, evidenciando que a escola mostrou-se com tendência avançada. A observação da figura já fez os participantes perceberem que os eixos Abordagem Pedagógica e Cenários de Práticas destacaram-se com tendência avançada em todos os vetores. Já os vetores Formação Docente e Projeto Pedagógico apresentaram ambos um vetor com tendência tradicional e um vetor com tendência inovadora, tendo assim, maior fragilidade.

Os participantes demonstraram entusiasmo com a apresentação dos resultados, destacando que o efeito visual da figura da Roda foi bastante elucidativo. O diretor da faculdade estava presente no momento da autoavaliação e ressaltou que os resultados condiziam com avaliação recente da organização de estrutura administrativa e pedagógica da faculdade.

6 Conclusão

O instrumento de autoavaliação institucional do Método da Roda foi efetivamente construído em meio digital e sua aplicação mostrou-se viável por meio de autoavaliação teste realizada em escola médica do estado de Goiás.

Não foram identificadas dificuldades técnicas para a manipulação do instrumento digital, porém surgiram dúvidas sobre a intencionalidade e interpretação dos conteúdos de quatro questões do questionário, o que remete à necessidade de um coordenador que domine todo o conteúdo do instrumento para esclarecimento das questões.

Assim, o instrumento digital é exequível, tem potencial de promover diálogo e reflexão entre os atores institucionais para abrir caminho às mudanças necessárias. Entretanto, é preciso ser aplicado em amostra maior de escolas para verificar se a auto-aplicação do questionário será viável também em outros contextos do ensino médico.

Referências

1. Nunes EBL de LP, Pereira ICA, Pinho MJ de. A responsabilidade social universitária e a avaliação institucional: reflexões iniciais. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior* 2017; 22(1): 165-177 [acesso em 26 nov 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772017000100165&lng=en&nrm=iso .
2. Dias Sobrinho J, Ristoff DI. *Avaliação e Compromisso Público: a educação superior em debate*. Florianópolis: Editora Insular; 2003.
3. Brasil. Portaria nº. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2004 [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>
4. Lehfeld NA de S, Gabarra MHC, Costa C da, Sousa YTCS. Reflexões sobre o processo de autoavaliação institucional: o olhar de uma comissão própria de avaliação. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior* 2010; 15(1): 177-194 [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772010000100010&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Rocha VXM. *Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014*. 2017. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva; 2017: 177f [acesso em 26 nov 2020]. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/SANT_8f394fb720ef4fcbb49bbc80d87537bc .
6. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução N° 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2014; 8-11 [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
7. *Escolas Médicas do Brasil. Estatísticas Nacionais*; 2020 [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: <https://www.escolasmedicas.com.br/> .
8. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*; 2001; 38. [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
9. Lampert JB, Costa NM da SC, Alves R, Da Silva FA. *Avaliação de Cursos de Graduação da Área da Saúde pelo Método da Roda: Investigação Avaliativa para Tendências de Mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Appris; 2019
10. Lampert JB. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas Trabalho, Educação e Saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública; 2002: 238f [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4369> .

11. Associação Brasileira de Educação Médica. O que é a ABEM; 2020 [acesso em 25 nov 2020] Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/sobre-a-abem/o-que-e-a-abem/>
12. Minayo MC de S, De Assis SG, De Souza ER. Triangulação de métodos: avaliação de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005
13. Lampert JD, Aguiar-da-Silva RH, Perim GL, Stella RC de R, Abdalla IG, Costa NM da SC. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. Revista Brasileira de Educação médica. bras. educ. med., 2009; 33(1): 5-18 [acesso em 26 nov 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500002&lng=en&nrm=iso .
14. Gomes VTS, Rodrigues RO, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM, Silva FS e. A pandemia da covid-19: repercussões do ensino remoto na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, 2020; 44(4) [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000400602 .
15. Gusso HL, Archer AB, Luiz FB, Sahão FT, Luca GG de, Henklain MHO et al. O Ensino superior em tempos de pandemia: diretrizes à gestão universitária. Educação & Sociedade, 2020; 41: e238957 [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302020000100802&tlng=pt .
16. Ferreira M da S, Freitas AA da SM. Implicações da avaliação institucional na gestão universitária: a experiência da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior, 2017; 22(1): 201-221 [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772017000100201&script=sci_abstract&tlng=pt .
17. Lampert JB, Costa NM da SC, Alves R. Ensino Na Saúde - Modelo de avaliação CAES/ABEM na construção de mudanças Método da Roda. Goiânia: Editora Faculdade de Medicina da UFG; 2016 [acesso em 18 fev 2021] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-875940> .
18. Bardin L. Análise de conteúdo. 6 ed. São Paulo: Edições 70; 2011.

REFERÊNCIAS

- ABEM. **O que é a ABEM**. 2019. Disponível em: <<https://website.abem-educmed.org.br/sobre-a-abem/o-que-e-a-abem/>> Acesso em: 25 nov. 2020.
- AGUIAR, R. A. T. de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.
- AGUILAR-DA-SILVA, R. H. *et al.* Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. **Revista Brasileira de Educação Médica.**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, p. 53-62, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2020.
- ALBIERO, J. F. G.; DE FREITAS, S. F. T. Cenários de prática na atenção básica: tipologia para unidades docente-assistenciais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5836>> Acesso em: 25 nov. 2020.
- ALMEIDA FILHO, N. M. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n.12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200003&script=sci_arttext > Acesso em: 26 nov. 2020.
- ALMEIDA, M. J. de. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 2, p. 202-209, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.
- ALVES, C. R. L. *et al.* Mudanças curriculares: principais dificuldades na Implementação do PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 157-166, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.
- ALVES, R.; BICUDO, A. M. Avaliação da Escola Médica: Reflexões sobre os Sistemas Nacionais de Avaliação. **Cadernos da Abem**, Rio de Janeiro, v.11, p 54-60, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Formação do Médico de Família**. Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, 1978.
- _____. **A Formação do Médico Generalista**. Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, 1973.

_____. Avaliação institucional: um instrumento de democratização da educação. **Linhas Críticas**, Brasília, v. 5, n. 9, p. 7-30, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6 ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, S. H. S. da S. *et al.* Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 743-752, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

BELLONI, I. ; BELLONI, J. A.. Questões e propostas para uma avaliação institucional formativa. In: SOARES, José Francisco; FREITAS, L. C.; BELLONI, I. **Avaliação de escolas e universidades. Coleção Avaliação – Construindo o campo e a crítica**. São Paulo: Editora Komedi, 2008

BELLONI, I. **Avaliação do ensino de graduação**. Brasília: UNB, 1980.

BELLONI, I. *et al.* Avaliação institucional da Universidade de Brasília. In: BALZAN, N.C. E DIAS SOBRINHO, J. (orgs.), **Avaliação institucional: teoria e experiências**. São Paulo, Cortez, 1995.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/0> > Acesso em: 20 nov. 2020.

BOELEN, C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 7, p. 592–593, 2002.

BOTIGLIERI, P. C.; BORGES, R. M.; ROTHEN, J. C. Avaliação Institucional: mapeamento e análise das concepções de qualidade e melhoria nas produções da revista Estudos em Avaliação Educacional (1990-2013). **Avaliação - Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 22, n. 3, p. 633–657, 2017.

BRASIL, M. DA S. **Relatório Final 5º Conferência Nacional de Saúde Ministério da Saúde**, 1975.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 26 nov. 2020.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de Agosto de 2001**. Estabelece as diretrizes curriculares para os cursos de ciências biológicas. Diário Oficial da União [Internet]. 3 Out 2001. Sec. 1, p. 131. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. **Portaria Interministerial GM nº. 610 de 26 de março de 2002.** Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED. Brasília (DF); 2002.

_____. **Portaria nº. 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2004.

_____. **Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004.** Diário Oficial da União, 2004.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38.

_____. **Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília (DF); 2007

_____. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET- Saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 2008.

_____. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diário Oficial da União, 2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

BRAVO, V. A. A. **Reorientação da formação do profissional de saúde na atenção primária: O que os Projetos Pró-Saúde articulados ao Pet-Saúde ensinaram.** Tese (Doutorado), Pós-graduação em Saúde Coletiva – FMB, 2019. Disponível em: < <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/190743> > Acesso em: 18 fev. 2021.

BORDE, E.; HERNANDEZ-ALVAREZ, M.; PORTO, M. F. de S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300841&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Fenômenos intervenientes no futuro do Sistema Único de Saúde-SUS. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, 2018.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

COSTA, N. M. da S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, pág. 21-30, abril de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2020.

COSTA, N. M. da S. C.. Formação pedagógica de professores de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 102-108, 2010.

CYRILLO, R. J. T. *et al.* Influência de um programa de iniciação científica de graduação no perfil profissional dos médicos recém-formados. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, Lisboa, v. 16, n. 5, p. 797-808, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592010000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2020.

DA SILVA, M. A. M.; MENDES, A. de A. J.; DE SOUZA, M. C A.. Estudo de Caso Sobre Tendências de Mudanças nos Cenários de Prática em Escolas Médicas. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [ISSN 2318-369], v. 23, n. 3, p. 80-84, nov. 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/199>>. Acesso em: 27 nov. 2020.

DIAS SOBRINHO, J. Educação superior, globalização e democratização: qual universidade? **Revista Brasileira de Educação**, n. 28, p. 164–173, 2005.

DIAS, H. S. A.; DE LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013.

DO AMARAL, I. L. M. F.; NUNES, E.D. Os conceitos de gestão e administração: aplicação ao estudo das gestões dos diretores da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. **Regae-Revista de Gestão e Avaliação Educacional**, v. 6, n. 13, p. 67-81, 2017.

DURO, C. L. M., *et al.* **Integração ensino e serviço: rodas de conversas entre universidade e cenários de práticas**. Trabalho apresentado ao 13º Congresso Internacional Rede Unida, Manaus, 2018.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; LOIOLA, Francisco Antonio. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-196, Mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2020.

ESCOBAR, H. Orçamento 2021 condena ciência brasileira a "estado vegetativo". **Jornal da USP**, 2021. Disponível em: < <https://jornal.usp.br/universidade/politicas-cientificas/orcamento-2021-coloca-ciencia-brasileira-em-estado-vegetativo/#:~:text=Or%C3%A7amento%202021%20condena%20ci%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20a%20%22estado%20vegetativo%22&text=A%20ci%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20come%C3%A7a%202021,a%20UTI%20do%20financiamento%20p%C3%ABlico> > Acesso em: 19 fev. 2021.

Escolas Médicas do Brasil. **Total de Escolas Médicas no Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.escolasmedicas.com.br/>. Acesso em: 25 fev. 2020.

FAIMER-BRASIL. Curso ML-WEB **Temas Instigantes do Desenho Curricular – Interação Ensino-Serviço** - agosto, 2017. Construção Coletiva Fellows 2016 e 2017.

FARIAS, L. A. B. G. Gestão em saúde e escolas médicas: estudantes de medicina como futuros gestores. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/74/103> > Acesso em: 25 nov. 2020.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2020.

FALLEIROS, A. E. DE S.; PIMENTA, M. L.; VALADÃO JÚNIOR, V. M. O significado da autoavaliação institucional na perspectiva de técnicos-administrativos de uma universidade pública. **Avaliação - Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 21, n. 2, p. 593–618, 2016.

FERREIRA, M. DA S.; FREITAS, A. A. DA S. M. DE. Implicações da avaliação institucional na gestão universitária: a experiência da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). **Avaliação - Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 22, n. 1, p. 201–221, 2017.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 51–71, 1998.

FIGUEIREDO, W. P. S. *et al.* Pesquisa científica: conhecimento, atitudes e barreiras entre estudantes de medicina brasileiros. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 56-59, 2018. ISSN 2318-3691. Disponível em:

<<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1155>>. Acesso em: 27 nov. 2020.

FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. **Bull World Health Organ**, v. 80, n. 7, p. 594–602, 2002.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2020.

FRANCA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2020.

FRANKEN, R. A. A produção científica na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 51, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/435>> Acesso em: 24 nov. 2020.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

FREITAG, M. Le naufrage de l'université et autres essais d'épistémologie politique, Québec et Paris. **Anthropologie et Sociétés**, v. 20, n. 1, p. 219–222, 1996.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–58, 2010. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21112623/> > Acesso em: 26 nov. 2020.

GALDINO, M. N. D. A autoavaliação institucional no ensino superior como instrumento de gestão. **Fundação CESGRANRIO/Universidade do Grande Rio**, n. 1, p. 15, 2011.

GRIBOSKI, C. M. As diretrizes curriculares nacionais e a avaliação seriada para os cursos de medicina. **Cad ABEM**, v. 11, p. 61-7, 2015.

JESUS, G. R. DE; BEDRITICHUK, A. G. A. Autoavaliação institucional: construção e validação de um questionário para o professor. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 23, n. 3, p. 628–647, 2018.

KLOH, D. *et al.* Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 693-700, Aug. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400693&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

LAMPERT, J. B. *et al.* Mundo do trabalho no contexto da formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 35-43, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

LAMPERT, J. B. *et al.* Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 5-18, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

LAMPERT, J. B. *et al.* **Avaliação de Cursos de Graduação da Área da Saúde pelo Método da Roda: Investigação Avaliativa para Tendências de Mudanças**. Editora Appris, 2019.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas Trabalho, Educação e Saúde**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LAMPERT, J. B.; COSTA, N. M. da S. C.; ALVES, R. **Ensino Na Saúde - Modelo de avaliação CAES/ABEM na construção de mudanças Método da Roda**, Goiânia, Editora - Faculdade de Medicina da UFG - Universidade Federal de Goiás, 2016.

LEHFELD, N. A. *et al.* Reflexões sobre o processo de autoavaliação institucional: o olhar de uma comissão própria de avaliação. **Avaliação - Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 15, n. 1, p. 177–194, 2010.

LUNA, W. F.; BERNARDES, J. de S. Tutoria como Estratégia para Aprendizagem Significativa do Estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 653-662, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400653&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2020

LUZ, F. F. da; PRADO, J. D. do. Relações de trabalho entre a empresa hospitalar e o médico: uma discussão sobre a forma de contratação do profissional médico sem vínculo empregatício e suas consequências na qualidade dos serviços prestados. **Revista ADMpg - Gestão Estratégica**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p.53-59, 2013.

MARANHÃO, E. A. GOMES, A.P. SIQUEIRA-BASTISTA R. O Que Mudou na Educação Médica A Partir Das Diretrizes Curriculares Nacionais: Sob o Olhar do Jano de Duas Faces In: STREIT. D. S. et al (org). **Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Associação Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2012: 59-9

MEMARPOUR, M.; FARD, A. P.; GHASEMI, R. Evaluation of attitude to, knowledge of and barriers toward research among medical science students. **Asia Pac Fam Med**, v.14, n.1, p. 1-7, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25705121/>> Acesso em 26 nov. 2020.

MENDES E. V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. **Belo Horizonte: Fundação Mariana Resende Costa/Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/Financiadora de Estudos e Projetos**; 1985

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, R. F. **Professores no Curso de Medicina:(des) caminhos entre a atuação profissional e a profissionalidade docente**. Orientador: Noeli Prestes Padilha Rivas. 2019. 127 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MENDONÇA, F. L. **O estudante de medicina da Unifenas-BH, a especialização médica e o mercado de trabalho**. 2018. 57f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO DO BRASIL. Parecer CNE-CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. **Ministério Da Educação Conselho Nacional De Educação Interessado:**, p. 1–38, 2001.

MORAES, David William *et al.* Interesse pela pesquisa entre estudantes de medicina: desafios para a graduação. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 62, n. 7, pág. 652-658, outubro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000700652&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2020.

MORAES, B. A.; COSTA, N.. Análise documental de currículos da área da saúde no Brasil. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015

MORETTO, C. M.; FIOREZE, C. Responsabilidade social e perspectiva democrática: refletindo a partir do enquadramento teórico do desenvolvimento humano. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 24, n. 1, p. 108–126, 2019.

MYNAIO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Triangulação de métodos: avaliação de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

NÓBREGA-THERRIEN, S. M. *et al.* Profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.1, p.112-118, 2015.

NUNES, E. B. L. de L. P.; PEREIRA, I. C. A.; PINHO, M. J. de. A responsabilidade social universitária e a avaliação institucional: reflexões iniciais. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 22, n. 1, p. 165–177, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772017000100165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

NUNES, E. D. Cem anos do relatório Flexner. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, pág. 956, junho de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2020.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* Evolução, Distribuição e Expansão dos Cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0018317, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100509&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2020.

OLIVEIRA, N. A. D., *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. 333-346, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 nov. 2020.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Atenção Primária**, 2018. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude#:~:text=Esse%20setor%2C%20que%20oferta%20atendimento,doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20e%20cuidados%20paliativos>> Acesso em: 18 fev. 2021.

OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1986.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2020.

PAIVA, M. R. F. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, v.15, n. 2, p.145-153, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049/595>> Acesso em: 25 nov. 2020.

PAVAN, M. V., SENGER, M. H.; MARQUES, W. Determinantes externos e internos da reforma curricular do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 19, n. 3, p. 127-132, 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/32016>> Acesso em: 25 nov. 2020.

_____. Avaliação da Reforma Curricular de um Curso de Medicina na Perspectiva dos Docentes. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, pág. 135-145, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 nov. 2020.

PEREIRA, L. A. *et al.* Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.12, n. 5, p.1469-79, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981175>> Acesso em: 23 nov. 2020.

PERIM, G. L. *et al.* Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, p. 70-82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2020.

PILLAT, Fábio Roberto. **SINAES de regulação e SINAES de emancipação: o impacto da avaliação institucional no desenvolvimento da educação superior brasileira**. Orientador: Helena Copetti Callai. 2017. 115 f. Tese (Doutorado em Educação nas Ciências) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2017.

PINTO, Adriana Avanzi Marques. **Métodos Ativos de Aprendizagem ou Tradicional?: similaridades e diferenças entre dois cursos de enfermagem**. Orientador: Maria José Sanches Marin. 2018. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, UNESP, São Paulo, 2018.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170960, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000600400&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 25 nov. 2020.

PIROLA, S. B. de F. B. *et al.* A Importância da Iniciação Científica na Graduação de Medicina. **Revista Arquivos**, v.1, n.1, 2020. Disponível em: <<http://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/232>> Acesso em 25 nov. 2020.

PIVETTA, H. M. F. *et al.* Percalços da Docência Universitária nas Ciências da Saúde. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 44, n. 1, e75639, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362019000100601&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 nov. 2020.

POLIDORI, M. M. Políticas de avaliação da educação superior brasileira: Provão, SINAES, IDD, CPC, IGC e outros índices. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 14, n. 2, p. 439-452, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772009000200009&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 25 nov. 2020.

PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. D. O.; BATISTA, N. A. **A formação médica na Unifesp - Excelência e Compromisso Social**. São Paulo, Editora FAP-UNIFESP, 2008.

QUINTANILHA, L. F.; FARIAS, C. S. da S.; ANDRADE, B. B. Formação e Envolvimento Pedagógico entre Docentes do Ensino Superior em Saúde. **Revista Internacional de Educação Superior**, v. 7, p. e021026-e021026, 2020.

REGO, C.; BATISTA, S. H. Desenvolvimento docente nos cursos de medicina: um campo fecundo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 317-324, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 nov. 2020.

REZENDE, V. L. M., *et al.* Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23(Supl. 1): e170896 <https://doi.org/10.1590/Interface.170896>. Acesso em 23 jan. 2021.

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

RIBEIRO, M. L. B. Por que tantas escolas médicas no Brasil? **Jornal Medicina**, Brasília, out. de 2017. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=272&edicao=4169>>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2020.

ROCHA, V. X. M. **Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014**. 2017. 177 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, 2017. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/SANT_8f394fb720ef4fcb49bbc80d87537bc> Acesso em: 26 nov. 2020.

SADOYAMA, A. dos S. P. *et al.* Identidade profissional do professor em medicina: um estudo de revisão sistemática. **CIAIQ2018 - Atas - Investigação Qualitativa em Educação**, v. 1, 2018. Disponível em:

<<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1696>> Acesso em: 26 nov. 2020.

SALVADOR, L. D. S.; SANT'ANNA, P. A. Projetos pedagógicos de cursos de saúde e sua articulação com as políticas públicas para a formação em saúde no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 7, n. 1, p. 185-202, 2017.

Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2165>> Acesso em: 25 nov. 2020.

SANTOS, T. T. O Arco de Magueres e a Aprendizagem Baseada em Projetos na Educação em Saúde. **Educação Pública**, v. 20, n. 7, 2020. Disponível em: <<https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/7/o-arco-de-maguerez-e-a-aprendizagem-baseada-em-projetos-na-educacao-em-saude>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SAUL AM. Avaliação emancipatória: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo. São Paulo: Cortez; 1994.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SCHLICHTING, T.S.; HEINZLE, M. R. S. Metodologias ativas de aprendizagem na educação superior: aspectos históricos, princípios e propostas de implementação. *Revista e-Curriculum*, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/36099>> Acesso em: 26 nov. 2020.

SCRIVEN, M. **Dicionário de sinônimos de avaliação: Newbury Park**. Califórnia: Sage Publications, 1991.

SENADO FEDERAL DO BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Secretaria de Editoração e Publicações Coordenação de Edições Técnicas**, v. 6, n. 9, p. 1903–1912, 2016.

SERAFIM, M. P. Compreendendo o atual momento da educação superior brasileira: cultivando a mais lúcida consciência. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 24, n. 2, p. 351–356, 2019.

SILVA, C. M. DA C. *et al.* Educação em saúde: Uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2539–2550, 2010.

SILVA, F. A. *et al.* O desenvolvimento docente na autoavaliação institucional de escolas médicas brasileiras: o Método da Roda e suas possibilidades para análise qualitativa. **CIAIQ2018 - Atas - Investigação Qualitativa em Educação**, v. 2, 2017.

Disponível em: < <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1565>>
Acesso em: 26 nov. 2020.

SILVA, F. A. *et al.* Os cenários de prática no contexto das mudanças na graduação em medicina: percepções dos atores institucionais de escolas médicas brasileiras. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida [ISSN 2446-4813], **Revista Saúde em Redes**, v.2 n.1, Suplemento, 2016. Disponível em: <<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/1855/0>> Acesso em: 26 nov. 2020.

SILVA, F. A. da. **Processo autoavaliativo do desenvolvimento docente em escolas médicas brasileiras: espelhos e reflexos nas percepções dos atores institucionais**. 2016. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

SIQUEIRA, B. P. **CINAEM - um pouco de sua história**. Cadernos da ABEM. Volume 2 - Junho, 2006. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf> Acesso em: 27 nov. 2020.

SOBRAL, Natanael Vitor. **Alinhamento da produção científica do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco às necessidades sociais de saúde tropical em Pernambuco**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação), Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2015.

SOBRINHO, J. D. Avaliação: dilemas e conflitos institucionais e políticos. **Avaliação, Campinas; Sorocaba**, v. 23, n. 1, p. 1–4, 2018.

SOBRINHO, J. D.; RISTOFF, D. **Avaliação e Compromisso Público: a educação superior em debate**. Florianópolis, Editora Insular, 2003.

SORDI, M. R. L. de. Docência no ensino superior: interpelando os sentidos e desafios dos espaços institucionais de formação. **Educar em Revista**, v. 35, n. 75, p. 135-154, 2019.

SOUSA, C.; FENANDES, Violeta Campolina. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: uma revisão integrativa. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 12, 2020

SOUZA, N. C. A. T. de; PASSALACQUA, F. G. M. O processo de construção da profissionalidade docente. **Revista Internacional de Educação Superior, Campinas**, São Paulo, v. 5, p. 1-11, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/riesup/article/view/8653296>> Acesso em: 26 nov. 2020

STELLA, R. C. de R. *et al.* Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p.

63-69, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

TRIVINO, X. *et al.* Impacto de un programa de formación en docencia en una escuela de medicina. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 139, n. 11, p. 1508-1515, nov. 2011. Disponível em:

<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001100019&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2020.

VASCONCELOS, A. C. *et al.* As estratégias de ensino por meio das metodologias ativas/Teaching strategies through active methodologies. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 5, p. 3945-3952, 2019. Disponível em:

<<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/1568>> Acesso em: 27 nov. 2020.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L. do; KLEBA, M. E. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2949-2960, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902949&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2020.

VERAS, R. M.; FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-14, 2019.

VIEIRA, S. de P. *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 189-207, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500189&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2020.

World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011

World federation for medical education. **The Edinburgh declaration**. World Federation For Medical Education. Edinburgh, Scotland, 1988.

YOUNES, R. **Como suprir a falta que fazem no Brasil os médicos**

pesquisadores? Revista Carta Capital [online], 22 de Agosto de 2019. Disponível em <<https://www.cartacapital.com.br/saude/como-suprir-a-falta-que-fazem-no-brasil-os-medicos-pesquisadores/>> Acesso em: 18 fev. 2021.

ZAGO, M. A. A pesquisa clínica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, pág. 363-374, junho de 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2020.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4241-4248, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204241&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2020.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS EM ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DE GOIÁS

Pesquisador: Eliane Consuelo Alves Rabelo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13238619.0.3001.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.635.525

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, qualitativo e quantitativo, que segue os moldes do programa de avaliação de Escolas Médicas da CAES/ABEM, com a utilização do instrumento que constitui o Método da Roda (Figura 1).

3.2 Amostra

Duas escolas médicas do Estado de Goiás (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e da Faculdade de Medicina UniEvangélica, do Centro Universitário de Anápolis)

3.3 População

Atores institucionais que são docentes, discentes e técnicos administrativos representativos do conjunto da escola. Serão convidados aleatoriamente no mínimo 10 atores institucionais, não havendo número máximo.

- Critérios de inclusão: atores institucionais vinculados às instituições no momento da pesquisa que se voluntariarem a participar da pesquisa.

- Critérios de exclusão: atores institucionais que não comparecerem no dia da aplicação do instrumento.

3.4 Coleta de dados

O método da roda, conforme sistematização proposta por Lampert (2002) e consolidação em pesquisas subsequentes (LAMPERT et al., 2009; LAMPERT; COSTA; ALVES, 2016) é aplicado através de questionário de auto avaliação a ser respondido pelo grupo de atores sociais em uma reunião



Continuação do Parecer: 3.635.525

única com todos os voluntários. A proposta é formar um grupo focal com esses atores sociais para responder a essas perguntas do questionário. A discussão realizada entre os participantes para a escolha da alternativa correspondente à realidade de sua escola médica é que resultará na marcação da alternativa escolhida e nos dados subjetivos de justificativas e evidências que levaram àquela resposta. Será escolhida data e horário propícios para a reunião que terá duração estimada de 2h. O local deverá ser uma sala da instituição participante com cadeiras móveis para trabalhar em roda. A pesquisadora estará presente para contextualizar a pesquisa e explicar sobre o instrumento de autoavaliação.

3.5 Instrumento de coleta

Instrumento de autoavaliação denominado Método da roda (por ser representado na figura de uma roda – Figura 1) composto por 17 vetores distribuídos em 5 grandes eixos de avaliação: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente. O uso do mesmo se dá por meio da aplicação de um questionário composto por 17 questões que correspondem aos vetores de avaliação. Cada vetor é então representado por uma pergunta com 3 alternativas para resposta, sendo a opção 1 indicativa de um modelo tradicional e a opção 3 mais próxima de um modelo avançado que busca integração com as demandas e necessidades da sociedade. É válido reafirmar que a discussão entre os participantes da pesquisa para a escolha da alternativa correspondente à realidade de sua escola médica é que trará os resultados objetivos (alternativa escolhida) e subjetivos (descrição de justificativas e evidências que levaram à escolha daquela alternativa) da pesquisa.

3.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos são os relacionados à tipologia das escolas nos 17 vetores apresentados no instrumento de autoavaliação. As porcentagens das respostas permitirão identificar a tipologia da escola (tradicional, inovadora com tendência tradicional, inovadora com tendência avançada, avançada) (SILVA, 2017). Os dados qualitativos surgirão no exercício de troca de informações e percepções das ações institucionais, entre os participantes da pesquisa para chegar num acordo e descrever as justificativas e evidências. Será utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL



Continuação do Parecer: 3.635.525

- Avaliar as tendências de mudanças da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e da Faculdade de Medicina UniEvangélica, do Centro Universitário de Anápolis no ano de 2019 em direção a atender as DCNs de 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a tipologia de tendência de mudanças em que se encontram no momento atual as duas escolas, comparando com os resultados obtidos em pesquisa pela CAES/ABEM em 2009 e 2013.
- Verificar se escolas médicas do Estado de Goiás atendem às Diretrizes Curriculares Nacionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

3.7 Aspectos éticos

Serão seguidas as normas vigentes estabelecidas pela resolução número 466/12 (BRASIL, 2012) para o desenvolvimento de pesquisas em saúde no Brasil e submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil. A aceitação da participação será considerada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será garantido o sigilo das informações e também o anonimato dos participantes.

Este estudo terá risco mínimo, não se podendo afastar, porém, o risco de constrangimento aos participantes, bem como eventual ocorrência de dano material ou moral resultante de indevida e/ou acidental divulgação de dados sigilosos.

Eventuais danos aos participantes, decorrentes da utilização ou divulgação indevidas dos dados, ou quaisquer outros, desde que referentes à pesquisa, são passíveis de indenização nos termos da legislação civil vigente, mediante efetiva comprovação do dano, ainda que exclusivamente moral, da conduta lesiva e culpa ou dolo dos pesquisadores e o nexo de causalidade (arts. 186 e 927 do Código Civil).

Os benefícios esperados por meio dos resultados da pesquisa serão as possibilidades de subsidiar a elaboração de propostas para melhora da formação proporcionada pelos cursos da área da saúde.

Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada “Avaliação de tendências de mudanças em Escolas Médicas do Estado de Goiás”. Meu nome é Eliane Consuelo Alves Rabelo, sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Nível Mestrado Profissional da UFG e pesquisadora responsável por este trabalho, tendo como coordenadora do projeto e orientadora a professora Nilce Maria da S. C. Costa.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir e, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias e que também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as páginas. Uma delas é sua e a outra minha, pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo, Eliane Consuelo Alves Rabelo através do telefone 62-981217893 (inclusive por ligação a cobrar) ou pelo e-mail elianeconsuelo@gmail.com (24 horas por dia, 7 dias por semana, em caso de urgência).

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269 8338 e 3269 8426, e-mail: cephcufig@yahoo.com.br, ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de atendimento: segunda a sexta feira das 7 às 17 horas.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS EM ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DE GOIÁS.

Pesquisadora: Eliane Consuelo Alves Rabelo (Telefone: 62-981217893; e-mail: elianeconsuelo@gmail.com).

Vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (telefones: 3269 8338 e 3269 8426, endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, e-mail: cephcufig@yahoo.com.br.

Objetivo da pesquisa: O objetivo desta investigação é “analisar as tendências de mudanças de duas escolas médicas do estado de Goiás, por meio do Método da Roda (que consiste na aplicação de um questionário de autoavaliação sobre aspectos do mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente), da Comissão de Avaliação de Escolas da Área da Saúde da Associação Brasileira de Educação Médica (CAES/ABEM)” e será realizada com professores, estudantes e técnicos-administrativos dos cursos de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) e da Faculdade de Medicina UniEvangélica, do Centro Universitário de Anápolis.

A sua participação consistirá em responder as perguntas do questionário de autoavaliação juntamente com o grupo de professores, estudantes e técnicos-administrativos da instituição a qual você está vinculado. O tempo estimado para responder ao questionário é de aproximadamente 2 horas. Você possui plena liberdade para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento (e sair da pesquisa), em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum. É importante que as questões sejam respondidas com fidedignidade.

Título da Pesquisa: “Avaliação de Tendências de mudanças nas Escolas Médicas do Estado de Goiás” Nome e Rubrica do pesquisador: Rubrica do participante: TCLE - Pág. Nº 1 de 2

Garantimos o sigilo e a privacidade das informações prestadas, pois não haverá divulgação de dados individuais, apenas os resultados relativos ao grupo de pesquisados. Os pesquisadores se comprometem a manter sigilo sobre a identidade, informações e opiniões fornecidas, no entanto, todos os comentários e opiniões emitidas são de exclusiva responsabilidade de seus interlocutores.

Os resultados desta pesquisa serão publicados em relatórios oficiais, revistas científicas e eventos, mas reiteramos que suas informações pessoais serão mantidas em sigilo.

Este estudo terá risco mínimo, não se podendo afastar, porém, o risco de constrangimento aos participantes, bem como eventual ocorrência de dano material ou moral resultante de indevida e/ou acidental divulgação de dados sigilosos.

Eventuais danos aos participantes, decorrentes da utilização ou divulgação indevidas dos dados, ou quaisquer outros, desde que referentes à pesquisa, são passíveis de indenização nos termos da legislação civil vigente, mediante efetiva comprovação do dano, ainda que exclusivamente moral, da conduta lesiva e culpa ou dolo dos pesquisadores e o nexo de causalidade (arts. 186 e 927 do Código Civil).

Os participantes poderão ter despesas com transporte para o local da pesquisa e alimentação no período relativo ao momento da entrevista, e essas despesas serão ressarcidas em dinheiro, integralmente e imediatamente pela pesquisadora (outros tipos de despesas para o participante não estão previstas para esta pesquisa e não serão, portanto, ressarcidas).

Esclarecemos que os resultados poderão subsidiar a elaboração de propostas para melhora da formação proporcionada pelos cursos da área da saúde. Desde já, agradecemos sua disponibilidade em participar desta investigação e lembramos que ela é voluntária não havendo pagamento para a mesma.

Participante:

Eu, _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo: "Avaliação de tendências de mudanças em Escolas Médicas do Estado de Goiás", como sujeito voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela aluna do Programa de Pós-Graduação em Ensino Na Saúde - Nível Mestrado Profissional da UFG e pesquisadora responsável por este trabalho Eliane Consuelo Alves Rabelo, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador:

Particpei do processo de obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Testemunha (não ligada à equipe de pesquisadores): Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite em participar.

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Título da Pesquisa: "Avaliação de Tendências de mudanças nas Escolas Médicas do Estado de Goiás" Nome e Rubrica do pesquisador: Rubrica do participante: TCLE - Pág. Nº 2 de 2

Anexo 3 – Instrumento de coleta de dados da autoavaliação pelo Método da Roda

Todas as alternativas apresentadas em cada um dos vetores deste instrumento para melhor entendimento devem estar precedidas do sujeito “Esta Escola predominantemente.”

Eixo I – MUNDO DO TRABALHO

Vetor 1 – CARÊNCIA DE PROFISSIONAIS E EMPREGO

- 1) para a construção do projeto pedagógico, não considera a carência de profissionais para a atenção básica de saúde nem a possibilidade de emprego/trabalho.
- 2) para a construção do projeto pedagógico, considera as possibilidades de emprego/trabalho.
- 3) para a construção do projeto pedagógico, considera a carência de profissionais para a atenção básica de saúde.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 2 – BASE ECONÔMICA DA PRÁTICA PROFISSIONAL

- 1) não reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada nem sua influência na formação do profissional.
- 2) reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada sem discutir a influência na formação do profissional.
- 3) reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada e promove a análise crítica e orientação, reconhecendo sua influência na formação do profissional.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 3 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- 1) não aborda a relação institucional mediadora, seguradoras, planos de saúde, etc., entre prestadores/usuários de serviços de saúde com repercussão na relação profissional de saúde-usuários nem o trabalho em equipe multidisciplinar.
- 2) aborda a relação institucional mediadora sem análise crítica desta relação e reflexos na relação profissional de saúde-usuários e o trabalho em equipe sem o

exercício didático desta abordagem em saúde.

3) aborda a relação institucional mediadora com análise crítica desta relação e reflexos na relação profissional de saúde-usuários e proporciona exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar.

Justificativa:

Evidência(s):

Eixo II – PROJETO PEDAGÓGICO

Vetor 4 – BIOMÉDICO E EPIDEMIOLÓGICO-SOCIAL

1) orienta o curso para os aspectos biomédicos, diagnóstico, tratamento e recuperação do usuário.

2) orienta para criar oportunidades de aprendizagem tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social seguindo orientação da prevenção primária, secundária e terciária (paradigma de Leavel & Clark)

3) enfatiza a importância dos fatores determinantes da saúde e orienta o curso para as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 5 – APLICAÇÃO TECNOLÓGICA

1) dá grande ênfase à aplicação da alta tecnologia na atenção clínica e Cirúrgica.

2) explicita e analisa a tecnologia quando aplicadas em situações clínicas específicas.

3) analisa de forma crítica e ampla a tecnologia, o custo-benefício da sua aplicação, enfatizando a atenção básica de saúde.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 6 – PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

1) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica com ênfase nas ações curativas.

2) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde incluindo, além da alternativa anterior, aspectos sócio-econômicos e envolve discentes voluntários.

3) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde incluindo além das anteriores pesquisa no campo da atenção básica, da gestão do sistema de saúde, interação escola-serviço-comunidade e processo ensino-aprendizagem, e estimula a participação dos discentes, contribuindo para a tomada de decisão com base em informações relevantes com vistas à melhoria das práticas de assistência.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 7 – PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

1) oferece residências, especializações, mestrado e doutorado em campos especializados com total autonomia e não desenvolve educação permanente.

2) oferece alguma das modalidades anteriores em campos gerais e especializados e busca oferecer educação permanente relacionada com o processo de trabalho.

3) oferece pós-graduação em campos gerais e especializados articulada com os gestores do Sistema de Saúde, visando às necessidades de saúde quantitativas e qualitativas para a formação de profissionais e franqueia a educação permanente aos profissionais da rede

Justificativa:

Evidência(s):

Eixo III - ABORDAGEM PEDAGÓGICA

Vetor 8 – ESTRUTURA CURRÍCULAR

1) tem ciclos básico e profissionalizante separados e organizados com disciplinas fragmentadas.

2) tem disciplinas-atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mas mantém a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas.

3) tem currículo em grande parte integrado, áreas de prática real em atenção de

adultos, materno-infantil, saúde da família, medicina do trabalho, etc.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 9 – ORIENTAÇÃO DIDÁTICA

1) enfatiza as aulas teóricas de exposição em disciplinas isoladas e as práticas são predominantemente demonstrativas e centradas no professor com avaliações escritas predominantemente de memorização.

2) enfatiza as aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar e as práticas estão centradas em habilidades no âmbito hospitalar com avaliação de conhecimentos e habilidades clínicas.

3) adota métodos de aprendizagem ativos com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar e na prática usa também os serviços e espaços comunitários, avaliando conhecimento, habilidades e atitudes com estímulo à avaliação interativa e a auto-avaliação.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 10 – APOIO E TUTORIA

1) não proporciona condições físicas e materiais de apoio adequados para o ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios específicos, recursos audiovisuais e de informática, etc.) e não oferece tutoria.

2) proporciona condições físicas e materiais razoáveis de apoio para o ensino-aprendizagem e oferece ensino realizado em pequenos grupos em rodízio por várias disciplinas.

3) proporciona condições adequadas dos espaços físicos e materiais de apoio e recursos humanos para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem na forma de tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais.

Justificativa:

Evidência(s):

Eixo IV - CENÁRIOS DE PRÁTICA

Vetor 11 – LOCAL DE PRÁTICA

1) utiliza o hospital de ensino e clínicas de ensino exclusivamente de nível

Terciário.

2) utiliza também hospital e clínica de nível secundário e serviços ambulatoriais da instituição de ensino, independentes dos mecanismos de referência e contra-referência da rede do Sistema de Saúde.

3) utiliza as unidades dos níveis de atenção primária, secundária e terciária no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes competências e disponibilidades tecnológicas

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 12 – PARTICIPAÇÃO DISCENTE

1) proporciona ao discente observação de práticas demonstrativas

2) proporciona ao discente participação em atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas (anamnese, exame físico, coletas de material para exames, curativos, etc.)

3) proporciona ao discente ampla participação com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 13 - ÂMBITO ESCOLAR

1) oferece práticas ligadas aos departamentos e às disciplinas sem integração de conteúdos.

2) oferece práticas que cobrem vários programas de forma estanque com alguma integração de conteúdos

3) oferece práticas ao longo de todo o curso, que se desenvolvem em grande parte em parceria com os serviços, em todos os níveis de atenção de forma compartilhada.

Justificativa:

Evidência(s):

Eixo V – DESENVOLVIMENTO DOCENTE

Vetor 14 – FORMAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

- 1) não oferece e nem promove capacitação didático-pedagógica do corpo docente (ou raramente o faz)
- 2) periodicamente oferece e promove cursos de orientação didático-Pedagógica
- 3) oferece e exige capacitação didático-pedagógica de todos os docentes com acompanhamento e desenvolvimento no cotidiano das tarefas didático-pedagógicas.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 15 – ATUALIZAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

- 1) não estimula nem oferece atualização técnico-científica aos professores (ou raramente o faz) deixando por conta do próprio docente.
- 2) periodicamente apoia e/ou oferece a atualização técnico-científica aos professores.
- 3) promove de forma sistemática e exige a atualização dos professores em especial relativo às exigências de necessidades/demandas em saúde.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 16 – PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

- 1) não estimula o corpo docente que por sua vez não participa dos serviços e do planejamento do sistema de saúde (municipal, regional) na sua área de influência, e os profissionais da área de saúde não participam na docência.
- 2) procura estimular os docentes a participarem dos serviços de saúde e do planejamento do sistema de saúde, o que fazem esporadicamente e os profissionais de saúde dos serviços eventualmente participam na docência.
- 3) estimula os docentes e apoia sua participação no planejamento e avaliação

do sistema de saúde em sua área de influência e tem serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde e os profissionais do serviço têm participação na docência.

Justificativa:

Evidência(s):

Vetor 17 – CAPACIDADE GERENCIAL

1) não promove capacitação gerencial dos docentes que assumem cargos administrativos institucionais de forma empírica e fundada em experiência própria (disciplina, departamento, direção de escola, de hospital-escola, de clínica, etc.).

2) não promove, mas reconhece a importância da capacitação gerencial, tendo docentes que assumem cargos administrativos institucionais com algum conhecimento de ciências administrativas e buscam imprimir estilo gerencial participativo entre os segmentos docente, discente e técnico-administrativo.

3) promove capacitação gerencial e possui docentes que assumem cargos administrativos institucionais com bom conhecimento de ciências administrativas, liderando programas, buscando assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas e proporcionando participação ativa e responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais.

Justificativa:

Evidência(s):