



Patrícia de Mello Faria Horta Barbosa

**Análise da aplicação das diretrizes curriculares nacionais em cursos médicos do
Distrito Federal**

Brasília

2021

Patrícia de Mello Faria Horta Barbosa

**Análise da aplicação das diretrizes curriculares nacionais em cursos médicos do
Distrito Federal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Brasília/Fiocruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos.

Coorientadora: Profa. Fernanda Maria Duarte Severo.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde.

Brasília

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B238a

Barbosa, Patrícia de Mello Faria Horta.

Análise da aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos médicos do Distrito Federal / Patrícia de Mello Faria Horta Barbosa ; orientador Francisco Eduardo de Campos ; coorientadora Fernanda Maria Duarte Severo. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

67 p. : gráfs., tabs.

Inclui bibliografia e anexos.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

1. Currículo acadêmico. 2. Diretrizes Curriculares Nacionais. 3. Medicina. 4. Sistema Único de Saúde. I. Campos, Francisco Eduardo de, orient. II. Severo, Fernanda Maria Duarte, coorient. III. Título.

CDU 610

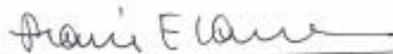
Patricia de Mello Faria Horta Barbosa

Análise da Aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Cursos Médicos do Distrito Federal.

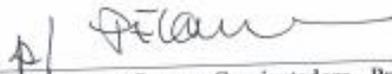
Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família (Saúde Coletiva).

Aprovado em 15/12/2021.

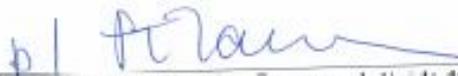
BANCA EXAMINADORA



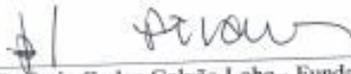
Dr. Francisco Eduardo de Campos. Orientador - Programa de Saúde da Família - Fiocruz Brasília



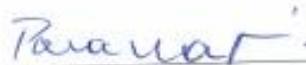
Dra. Fernanda Maria Duarte Severo. Coorientadora - Programa de Saúde da Família - Fiocruz Brasília



Dr. Armando Martinho Bardou Raggio - Programa de Saúde da Família - Fiocruz Brasília



Dr. Luiz Carlos Galvão Lobo - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dr. José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Santíssima Trindade Eterna, que em Sua amorosa providência, guia-me em todos os passos.

Ao meu amado esposo Conrado, meu modelo de médico e professor, fiel companheiro, apoiador e incentivador em todos os momentos, sem o qual nada seria possível.

Aos meus filhos Ana, Felipe, Tomás e meus três anjinhos no céu, sinais do amor Divino e ternura do meu coração, fonte perene de minha paz e felicidade, razão do meu ser.

Aos meus familiares, especialmente meus pais amados Rossane e João Batista, sempre presentes.

Ao meu orientador professor doutor Francisco Eduardo de Campos, que desde o início confiou em mim, sendo incansável apoio nas dificuldades e paciente educador em todas as etapas do projeto.

Aos professores do Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz, enriquecendo nossa trajetória com a transmissão de novos conhecimentos que permitem transformar nossa visão do cuidado e assistência em saúde.

À coordenação do ProfSaúde, por proporcionara oportunidade deste mestrado e contribuírem para o fortalecimento do SUS e da Atenção Primária à Saúde brasileira.

Por fim, agradeço a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram com a concretização deste projeto e minha formação.

RESUMO

A graduação médica vem passando por significativas mudanças nas últimas décadas, visando atender demandas do Sistema Único de Saúde. Para tanto as escolas médicas estão passando por uma reorientação de seus conteúdos curriculares, de forma a capacitar os egressos para atuação como generalistas com responsabilidade social, capazes de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, a partir do eixo integrador da Atenção Primária à Saúde. Neste sentido foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (DCN) 2001 e 2014. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos egressos de Cursos de Medicina do Distrito Federal quanto as competências e habilidades descritas nas DCNs pela análise do projeto político pedagógico das instituições, aplicação de um questionário estruturado e realização de entrevista semi-estruturada à egressos de dois Cursos de Medicina do Distrito Federal no primeiro semestre de 2021. Observou-se que a grande maioria das competências listadas pelas DCNs foram trabalhadas com propriedade durante a graduação pela auto-avaliação dos estudantes. Entretanto, observa-se algumas dificuldades nas competências listadas no campo de Gestão em Saúde, sendo o campo pior avaliado pelos estudantes. No campo de Atenção em Saúde, os egressos demonstraram maior insegurança na atuação em situações de emergência e trauma, sugerindo a necessidade desta competência ser reforçada no currículo das instituições.

Palavras-chave: Currículo. Medicina. Sistema Único de Saúde. Educação.

ABSTRACT

Medical graduation has undergone significant changes in recent decades, aiming to meet the demands of the National Health System. For this purpose, medical schools are undergoing a reorientation of their curricular contents, in order to train graduates to act as general practitioners with social responsibility, able to act at different levels of health care, based on the integrative axis of Primary Health Care. In this sense, the National Curriculum Guidelines for the Medicine Course (DCN) 2001 and 2014 were published. The aim of this study was to analyze the profile of the graduates of Medicine Courses in the Federal District regarding the skills and abilities described in the DCNs by analyzing the pedagogical project of the institutions, applying a structured questionnaire and conducting a semi-structured interview with graduates of two Medicine Courses in the Federal District during the first semester of 2021. It has been observed that the vast majority of skills listed by DCNs were properly achieved during graduation considering student's self-assessment. However, there are some difficulties in the skills listed in the Health Management Field, being the worst assessed by the students. In the Field of Health Care, graduates showed unconfident working in emergency and trauma situations, suggesting the need for this competence to be reinforced in the institutions' curricula.

Keywords: Curriculum. Medicine. National Health System. Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Média por eixo de competências	33
Gráfico 2 – Médias de cada item no eixo de Atenção à saúde	35
Gráfico 3 – Médias de cada item no eixo Gestão em Saúde	37
Gráfico 4 – Médias de cada item no eixo Educação em Saúde	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos Cursos de Medicina das Instituições de Ensino Superior do Distrito Federal 2019	28
Tabela 2 – Médias e desvios padrão por eixo	33
Tabela 3 – Comparação entre variâncias e médias em cada eixo	34
Tabela 4 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 1 do eixo Atenção em Saúde	39
Tabela 5 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 1 de Atenção à Saúde	39
Tabela 6 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 2 do eixo Atenção à Saúde	40
Tabela 7 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 2 de Atenção à Saúde	40
Tabela 8 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 3 do eixo Atenção à Saúde	40
Tabela 9 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 3 de Atenção à Saúde	40
Tabela 10 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 4 do eixo Atenção à Saúde	41
Tabela 11 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 4 de Atenção à Saúde	41
Tabela 12 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 5 do eixo Atenção à Saúde	41
Tabela 13 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 5 de Atenção à Saúde	41
Tabela 14 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 6 do eixo Atenção à Saúde	42
Tabela 15 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 6 de Atenção à Saúde	42
Tabela 16 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 7 do eixo Atenção à Saúde	42
Tabela 17 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas	42

instituições na competência 7 de Atenção à Saúde

Tabela 18 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 8 do eixo Atenção à Saúde	43
Tabela 19 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 8 de Atenção à Saúde	43
Tabela 20 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 9 do eixo Atenção à Saúde	44
Tabela 21 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 9 de Atenção à Saúde	44
Tabela 22 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 10 do eixo Atenção à Saúde	44
Tabela 23 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 10 de Atenção à Saúde	45
Tabela 24 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 11 do eixo Atenção à Saúde	45
Tabela 25 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 11 de Atenção à Saúde	45
Tabela 26 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 12 do eixo Atenção à Saúde	46
Tabela 27 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 12 de Atenção à Saúde	46
Tabela 28 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 13 do eixo Gestão em Saúde	46
Tabela 29 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 13 de Atenção à Saúde	46
Tabela 30 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 1 do eixo Gestão em Saúde	47
Tabela 31 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 1 de Gestão em Saúde	47
Tabela 32 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 2 do eixo Gestão em Saúde	48
Tabela 33 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 2 de Gestão em Saúde	48

Tabela 34 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 3 do eixo Gestão em Saúde	48
Tabela 35 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 3 de Gestão em Saúde	49
Tabela 36 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 4 do eixo Gestão em Saúde	49
Tabela 37 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 4 de Gestão em Saúde	50
Tabela 38 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 5 do eixo Gestão em Saúde	50
Tabela 39 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 5 de Gestão em Saúde	50
Tabela 40 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 6 do eixo Gestão em Saúde	51
Tabela 41 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 6 de Gestão em Saúde	51
Tabela 42 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 1 do eixo Educação em Saúde	52
Tabela 43 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 1 de Educação em Saúde	52
Tabela 44 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 2 do eixo Educação em Saúde	53
Tabela 45 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 2 de Educação em Saúde	53
Tabela 46 – Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 3 do eixo Educação em Saúde	54
Tabela 47 – Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 3 de Educação em Saúde	54
Tabela 48 – Percepções quanto às fortalezas do currículo	54
Tabela 49 – Percepções quanto às deficiências do currículo	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituição de Ensino Superior
IESC	Interação Ensino Serviço Comunidade
MEC	Ministério da Educação
NOB	Norma Operacional Básica
NSS	Necessidades Sociais de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidade de Contexto
UR	Unidade de Registro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	19
2.1. OBJETIVO GERAL.....	19
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO MUNDIAL E BRASILEIRO	20
3.2. A FORMAÇÃO PROFISSIONAL MÉDICA NO BRASIL E NO MUNDO.....	22
4. METODOLOGIA	28
4.1. TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO.....	28
4.2. CONTEXTO DA PESQUISA	28
4.3. SUJEITOS DA PESQUISA	29
4.4. PRINCIPAIS VARIÁVEIS A SEREM COLETADAS	29
4.5. VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	29
4.6. COLETA E PRODUÇÃO DOS DADOS	30
4.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	30
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO/INTERVENÇÃO	31
5. RESULTADOS	32
5.1. ANÁLISE DOS PROJETOS POLÍTICO PEDAGÓGICOS.....	32
5.2. ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL.....	32
5.3. ANÁLISE DAS QUESTÕES DISCURSIVAS DO QUESTIONÁRIO AUTO- APLICÁVEL E DAS ENTREVISTAS	54
REFERÊNCIAS	69
ANEXO A – QUESTIONÁRIO AOS EGRESSOS DOS CURSOS DE MEDICINA ...	73
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .	78

1. INTRODUÇÃO

A educação médica sofreu diversas mudanças nas últimas décadas, principalmente em decorrência das inovações tecnológicas e das transformações das necessidades em saúde da população. No Brasil, ressaltam-se as mudanças desencadeadas pela Constituição Federal de 1988, com a Criação do Sistema Único de Saúde, que despertou a necessidade da adequação dos conteúdos curriculares das escolas médicas, de forma a capacitar os egressos para atuação como generalistas com responsabilidade social, engajados em um processo de educação permanente, capazes de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde, com capacidade de tomar decisões baseadas em evidências científicas e de exercer liderança. (1)(2)

Comparativamente a educação médica se instalou muito tardiamente no Brasil. Enquanto na América hispânica escolas médicas foram criadas no século 16, no nosso caso, apenas com a chegada da família real em 1808 se instalaram as duas primeiras escolas médicas. Quando Flexner em 1910 publicou seu informe, que viria a moldar a educação médica em todo mundo, havia meia dúzia de escolas médicas no Brasil, inspiradas nos modelos europeus, principalmente francês e alemão. A partir dos anos 20 do século passado, através de ações de fundações internacionais, se começa a movimentação da educação médica brasileira em direção a algumas das recomendações de Flexner, cujo resultado mais palpável, segundo Almeida Filho, é a implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social.

No contexto do Relatório Flexner havia nos EUA uma sobre produção de médicos com uma formação de má qualidade. A educação médica havia se transformado em um mercado educacional massificado e baseado na sala de aula. Era necessário, àquele momento, um controle completo da escola sobre os hospitais de ensino. Assim o modelo estruturou a formação médica em ciclos básicos, clínico e profissional, tendo nos laboratórios e hospitais os seus enfoques de prática(3)(4).Baseando-se no Relatório Flexner instalaram-se no Brasil currículos similares, com disciplinas básicas precedendo aquelas desenvolvidas em ambiente hospitalar, subjacentes às propostas de ciclos básico e clínico separados, tendo o curso duração média de 6 anos. O estudante cursava disciplinas teóricas elementares para a formação médica (ex.: fisiologia, anatomia, histologia, microbiologia, parasitologia, farmacologia), em seguida, no ciclo clínico, o discente ampliava seu arcabouço teórico-técnico com um número variável de matérias práticas, que incluía semiologia, pediatria, ginecologia, clínica médica e demais especialidades.Somente no internato, representado pelos últimos semestres, o discente era inserido integralmente no ambiente de prática. (5).

No final dos anos 50 e durante os anos 60, na América Latina, foram propostas diversas mudanças na educação médica, baseadas nas novas necessidades da população no período pós-guerra. Vários organismos internacionais, como a Organização Pan-americana da Saúde, a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg, influenciaram a formulação de políticas nos países da América Latina quanto à educação dos profissionais de saúde, como a introdução da Medicina Preventiva, Comunitária e Familiar na educação médica e a ampliação do número de médicos nos países (6).

Além disso, buscando dar suporte a demanda social do período pós guerra, foram pensados novos “perfis profissionais”, como o projeto *General Practitioners* (1957) no Reino Unido, seguidos pelo incentivo à formação de médicos de família no Canadá e nos Estados Unidos (1960)(3).

O mais importante marco referencial ocorrido em nossa região é a publicação do livro “La Educación Médica em América Latina”, por Juan Cesar Garcia, em que faz uma profunda análise do ocorrido na região que guarda singularidades quando comparado com o sucedido nos EUA e Canadá. (7)

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários promovida pela Organização Mundial de Saúde e pelo UNICEF, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão. A declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade sanitária e social dos governos sobre a saúde dos seus povos, reforçando a saúde como direito humano fundamental. Contrapondo-se aos modelos até então vigentes, que desenvolviam intervenções seletivas e descontextualizadas dos agravos à saúde da população, e, em geral, se ligavam a manutenção da economia, não atendendo às necessidades da maioria, a declaração propôs um sistema de saúde com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde que, sendo a porta de entrada do mesmo, fosse capaz de proporcionar cuidado integral às pessoas e de coordená-lo ao longo do tempo. (8)

Sob influência da Declaração de Alma-Ata, da reforma preventista descrita por Arouca em sua tese doutoral *O Dilema Preventivista*, da experiência acumulada por países como o Reino Unido, o Canadá, Itália e Cuba, entre outros, e sobretudo do anseio democrático depois de mais de duas décadas de ditadura militar, cristalizou-se no Brasil em 1988 a criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal, seguindo os princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade e as diretrizes da descentralização, gestão única em cada esfera de governo e participação social. A Constituição definiu que a ordenação da formação de recursos humanos também é competência do SUS.(9)As leis 8080 e 8141 regulamentaram o SUS e, ainda que tardiamente, foram criados diversos programas de

incentivo a APS, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e o Programa Saúde da Família (1993). Já em 1996 foi criada no país a Estratégia Saúde da Família, dando seqüência e lastreada nas experiências anteriores do PACS e PSF. A partir da Constituição a operação do SUS passa a ser direcionada por sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs), tendo a de 1996 criado o Piso da Atenção Básica a ser repassado aos municípios em forma fixa, baseado apenas na população, adicionado de uma parte variável, que estimulou fortemente a implantação das equipes de saúde da família. Em 2006, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Atenção Básica visando consolidar a ESF como modelo de APS e coordenadora das redes de atenção à saúde no SUS, ampliando o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente e colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para os sistemas locais de saúde.

Entretanto, apesar do papel do Sistema Único de Saúde como ordenador dos recursos humanos na área de Saúde garantido constitucionalmente, a formação de profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde constitui um dos desafios principais para o fortalecimento deste modelo de atenção. Essa dificuldade ocorre, em boa parte, pela inadequada formação e qualificação dos profissionais para atuarem na atenção primária e adicionalmente pela fragilidade dos vínculos trabalhistas e das estratégias de fixação de pessoal. Além disso, no Brasil, não há tradição de formação de generalistas pelas escolas médicas e o reconhecimento dos profissionais da atenção primária pelos médicos especialistas é baixo. (8) Adiciona-se uma cobrança mercadológica por procedimentos e intervenções, que se contrapõe ao papel da Atenção Primária, que usa recursos de baixa densidade e grande complexidade, para atender as necessidades de saúde da população. Englobam-se neste conceito de Necessidade Sociais de Saúde (NSS) os aspectos referentes ao acesso a alimentação, moradia, atividades de lazer, transporte, serviços médicos, dentre outros aspectos da vida que são determinantes no processo saúde-doença. (10)

A Política de Atenção Básica evidencia a inadequação da formação médica às necessidades de saúde, forçando os gestores a proporem vários paliativos, como cursos introdutórios e especializações que buscassem remediar esta diferença. Por parte do gestor de saúde foram estabelecidos diversos projetos e políticas objetivando a readequação da formação na área da saúde, dentre eles podemos citar o Programa de Reorientação da Formação Médica (Promed), Pró-Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde). Programas de Provimento como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), Programa Mais Médicos e, mais recentemente o Médicos pelo

Brasil, surgiram sempre considerando o componente educacional, visando sanar as inadequações encontradas. Por parte da autoridade educativa, o MEC, ganham destaque as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina em suas versões de 2001 e de 2014, que de alguma forma tentam parrear a educação médica com as políticas inclusivas de saúde.

Ressalte-se que a saúde não foi o único setor que passou por transformações no Brasil após o advento da nova Constituição, ocorrendo processo similar na Educação. Enquanto antes havia currículos mínimos definidos pelo Conselho Federal de Educação a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394/ 1996) estabeleceu que fossem elaboradas Diretrizes que fornecessem parâmetros, mas que não engessassem os currículos, que poderiam se amoldar a peculiaridades locais. Segundo Maranhão, um dos importantes educadores da área da saúde do Brasil, elas rompem com os paradigmas da educação até então vigentes (a) estimulando a criatividade nos projetos pedagógicos/currículos, (b) evoluindo-se de um currículo enciclopédico de memorização, para um currículo baseado em competências, habilidades e atitudes, no qual os conteúdos são instrumentos essenciais para gerar uma formação generalista, (c) estimulando o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e (d) pela primeira vez integrando a educação médica ao Sistema Único de Saúde(11). As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, tanto em sua versão de 2001 quanto na de 2014 são bastante sintonizadas com as das demais profissões de saúde, e tiveram como seus principais objetivos estimular a formação de médicos generalistas efetivos na abordagem ao paciente da atenção básica e da urgência/emergência e que fossem resolutivos na promoção à saúde. (5) A versão de 2014 traz uma série de recomendações às quais as instituições superiores deveriam se adequar, como o uso de metodologias ativas de aprendizagem, a inserção dos alunos nas redes de serviços de saúde desde as séries iniciais, o envolvimento do estudante com as necessidades sociais da saúde por meio da interação ensino-serviço-comunidade, o aumento da carga horária do internato, por meio do aumento das atividades na atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS, o desdobramento da formação em competências de gestão, assistência integral e interprofissional e capacidade de desenvolver educação permanente em saúde. As adequações curriculares deveriam ser implantadas progressivamente até 31 de dezembro de 2018. (12). Portanto, as DCN de 2014 orientam para uma composição curricular que desenvolva competências para atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde, e que insira precocemente o aluno nos diferentes serviços do SUS, em especial na APS e urgência e emergência, vivenciando o trabalho em equipe multiprofissional e lidando com problemas de saúde reais. (13)

Apesar da demanda legal para adequação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos, os Cursos de Medicina ainda encontram dificuldades para adequar suas metodologias a processos mais centrados no estudante, apresentando resistência dos alunos e professores (1). Assim conhecer os projetos políticos pedagógicos das instituições e o perfil dos egressos dos cursos pode contribuir na identificação de fatores facilitadores para implantação das competências preconizadas pelas Diretrizes Curriculares, acelerando as mudanças institucionais para formação de profissionais mais adequados a demandas em saúde da população brasileira.

Como dito anteriormente, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 acenaram mudanças na graduação médica que deveriam ser implantadas até dezembro de 2018. As Instituições de ensino deveriam adequar os seus currículos, adaptando as metodologias de ensino, os cenários e o corpo docente de forma expressiva em um curto espaço de tempo, objetivando formar médicos com competências específicas.

Pergunta-se como foram estruturadas as matrizes curriculares do curso de Medicina após as DCN de 2014? Os projetos político pedagógicos estão de acordo com as determinações da DCN 2014? As mudanças propostas estão sendo suficientes para mudar o perfil do egresso? Os médicos estão conseguindo adquirir as competências preconizadas? Estas são algumas das respostas que serão buscadas com esta dissertação.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos médicos do Distrito Federal a partir da análise dos projetos políticos pedagógicos e das competências adquiridas pelos egressos.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a adequação dos Projetos Político Pedagógicos de duas Instituições do Ensino Superior do Distrito Federal quanto ao preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina de 2014 no que se refere ao perfil do egresso.

Analisar as competências adquiridas pelos estudantes do sexto ano do Curso de Graduação em Medicina de duas Instituições de Ensino Superior (IES) do Distrito Federal por auto-avaliação dos egressos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO MUNDIAL E BRASILEIRO

O primeiro documento a utilizar o termo Atenção Primária à Saúde foi o Relatório Dawson em 1920. Dawson elaborou um relatório que foi a base da criação do sistema nacional de saúde inglês e propunha que os serviços de saúde fossem organizados em uma rede, unida por fluxos de referência e contrarreferência. Para cada território, haveria uma organização de serviços para a atenção integral à população, apoiada por unidades de saúde primárias, localizadas em bairros e vilas, contando com rede de serviços diagnósticos complementares e um hospital secundário em cidades maiores, para apoio especializado pontual e internações, conforme o fluxo estabelecido. Nas unidades primárias, os médicos seriam clínicos generalistas, trabalhando de forma autônoma ou contratados pelo sistema de seguro social (13) [1] Entretanto foi somente após a Declaração de Alma-Ata em 1978 que a Atenção Primária à Saúde foi preconizada como modelo de assistência à saúde internacionalmente.

Até então os modelos de assistência em saúde nos âmbitos nacional e internacional eram caracterizados pela verticalização das ações, com predomínio do caráter hegemônico da prática médica, especializada, com incorporação crescente de tecnologias de alto custo e, em sua maioria, intervencionistas, com pouco ou nenhum acesso por parte das parcelas mais carentes da população (15). Os serviços de saúde apresentavam, em sua maioria, predominância de ações curativas, fragmentadas e individualizadas. (16).

Na década de 1960 esses modelos verticais de intervenção e o modelo biomédico de atenção à saúde começaram a ser questionados por não satisfazer as necessidades reais em saúde das pessoas assistidas, abstendo-se da visão integral do ser humano. Começou-se a discutir a importância da prevenção de doenças e da promoção da saúde e a associação entre a saúde e as condições de vida, como saneamento e nutrição.

Na segunda metade da década de 1970, com os movimentos de libertação das colônias africanas e a luta pela democratização dos países da América Latina, ocorreu um incentivo a construção de modelos de atenção à saúde distinto do modelo estadunidense hegemônico, com grande crítica a especialização progressiva e ao elitismo médico. Isso já ocorrera nas experiências socialistas com os médicos dos pés descalços na China, por exemplo. Em 1975, o sociólogo austríaco Ivan Illich publicou o livro “A Expropriação da Saúde: Nêmeses da

medicina” tecendo profundas críticas ao modelo biomédico, desmascarando a iatrogenia produzida pela intervenção médica e analisando a baixa relação entre a assistência à saúde até então prestada e as melhorias no perfil de saúde da população. (17)

No ano de 1978, no Cazaquistão, ocorre a Conferência de Alma-Ata, idealizada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. Essa Conferência tornou-se um marco para a Atenção Primária à Saúde no mundo ao apontar a Atenção Primária em Saúde como modelo factível para a organização da assistência e oferta de serviços de saúde. Em sua concepção original, a APS deveria assumir função central e principal dentro dos sistemas nacionais de saúde, com potencial resolutivo da maior parte dos agravos em saúde de uma população, devendo ser de fácil acesso, oferecendo cuidado universal e equitativo e sendo a coordenadora do cuidado do usuário em toda a rede de saúde nacional (18).

Entre seus objetivos, está a formulação de uma estratégia mundial de enfrentamento das necessidades em saúde nos âmbitos individual e coletivo, incorporando, além da dimensão biológica, o enfrentamento dos determinantes sociais, econômicos, psicológicos e espirituais em saúde, com garantia de ampla cobertura e acesso universais, participação comunitária na tomada de decisões e uso racional de tecnologias cientificamente adequadas, sendo estas estratégias primordiais para organização dos sistemas de atenção à saúde e para obtenção de efetiva promoção em saúde em todas as sociedades (19)

No Brasil, até então, a assistência pública à saúde era ofertada aos contribuintes - e seus dependentes no Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social, com ações predominantemente médico-hospitalares, com foco curativista e cuidado pontual. Famílias sem relação alguma com a Previdência Social, só podiam ser atendidas por serviços privados com pagamento às próprias custas ou por serviços públicos desarticulados, municipais, estaduais ou da União como os hospitais universitários, além de obras beneficentes, cujos pacientes eram denominados indigentes, sem o reconhecimento da saúde como direito. Com a Reforma Sanitária Brasileira e a promulgação da Constituição Federal Brasileira a saúde passou a ser:

[...] um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação(20).

Esta definição foi o marco inicial para a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, propondo que atenção à saúde fosse ofertada de forma universal, integral e com equidade. Além disso, o novo sistema deveria assumir papel de ordenador da formação de recursos humanos para a assistência à saúde da população brasileira, como assinalado no artigo nº200 da Constituição Federal (20).

Os primeiros anos do SUS foram caracterizados pela reengenharia institucional e apenas uma década depois a Atenção Primária à Saúde se destacou nacionalmente no seu processo de consolidação, pelo seu papel de coordenadora do cuidado e como a porta de entrada no sistema de saúde. Em 1994, o Programa Saúde da Família veio inovar a oferta de cuidados primários em saúde, tendo como características estruturantes a adscrição de clientela, o trabalho em equipe, com a participação de agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, além das equipes de saúde bucal. Em 1998, o PSF torna-se Estratégia Saúde da Família, tornando-se então uma estratégia nacional.

A Política Nacional de Atenção Básica (2006) defini a Atenção Primária à Saúde como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] é realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, de acessibilidade e coordenação do cuidado, de vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização. (20)

3.2. A FORMAÇÃO PROFISSIONAL MÉDICA NO BRASIL E NO MUNDO

Em 18 de fevereiro de 1808, um mês após o desembarque da corte portuguesa no Brasil, foi criada a primeira escola de Medicina no país, a Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Militar da Bahia. Pouco tempo depois, em 02 de abril do mesmo ano foi inaugurada a Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro. Até então as escolas formavam os chamados cirurgiões barbeiros, dotados de pouco conhecimento teórico. (22)

No fim do século XIX, o aumento da demanda de assistência médica à população associado ao crescimento populacional determinou mudanças do perfil do médico formado. Nas faculdades de medicina, regulamentou-se os estudos práticos e desdobraram-se as cadeiras clínicas. Preocupava-se então com a forma e o conteúdo dos conhecimentos dos médicos formados, havendo necessidade de médicos com habilidades práticas. Criaram-se laboratórios e gabinetes para instrumentalizar o profissional. (22)

Ao longo dos séculos XIX e XX, os estudos voltados para a compreensão e intervenção nos processos biológicos determinantes das doenças ganhou notório impulso, alavancado pelas recém-descobertas microbiológicas de Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910), reforçando a concepção da origem celular das doenças e o aprimoramento das terapêuticas cujo foco centrava-se na remoção de seus agentes agressores (23) Anteriormente Peter Frank e Virchow (considerado o pai de medicina social) e outros notáveis profissionais haviam focado as correlações entre as condições sociais e a saúde. (24)

Neste contexto de avanços no campo das pesquisas biomédicas em saúde pós Pasteur, é publicado nos Estados Unidos, o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (1910). Dentre as recomendações se incluíam o currículo de quatro anos, divididos em um ciclo básico de dois anos realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizados no hospital.(25). Neste relatório havia um claro incentivo à pesquisa e ao ensino hospitalar e a exaltação à docência com dedicação exclusiva. Ele provocou uma revolução na educação médica, com forte reorientação das suas bases científicas e de ensino, trazendo benefícios inegáveis para a Medicina, como o estabelecimento de conexão causal e a terapêutica das doenças infecciosas.

Até então, o ensino médico era caótico, com faculdades que formavam em um ano, dois anos, que não exigiam ensino prático. Houve uma regulamentação e disciplinarização do processo de formação, já iniciados no século passado, mas que tiveram um ápice com a publicação do Relatório Flexner em 1910. (REGO, 200,p.7).

Entretanto, além dos ganhos, houve perdas com a proposta de Flexner: A clara centralização e o reforço na busca pelo conhecimento eminentemente biológico do processo saúde-doença, em caráter reducionista do indivíduo, dividindo órgãos, tecidos, mente e corpo a serem estudados e tratados de forma isolada, provocaram a conseqüente perda da visão integral do ser humano, em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, e a inevitável fragmentação da assistência médica, tornando-se inerente o estímulo às superespecialização dos egressos. Formando-se, assim, profissionais tecnicamente hábeis e com amplo conhecimento dos processos patológicos, sem, entretanto, a transferência adequada desses aprendizados para a realidade social em que serão inseridos na prática médica.

Mas foi somente na década de 1960 durante o governo de Juscelino Kubitschek, com o incentivo da modelagem norte-americana e do Relatório Flexner, que a universidade brasileira apontou como modelo universitário diferenciado, fundamentado pela indissociabilidade entre

pesquisa, ciência e tecnologia. Nessa mesma época intensificou-se o processo de interiorização das Escolas Médicas, que cruzaram a linha do século 20 sendo três e que até este período eram menos de 40, contando-se aí uma soma entre o crescimento para os maiores estados e o incipiente surgimento de novas Escolas privadas. (26)

A concepção biomédica na formação sofreu profundas transformações a partir de uma seqüência de eventos e documentos na década de 60 com a Reforma Sanitária e se intensificaram no decorrer do final do século XX e início do século XXI. As dimensões sociais do processo saúde-doença ganham destaque, já que os avanços científicos e tecnológicos ficaram insuficientes, oferecendo apenas uma assistência fragmentada e descolada da integralidade do indivíduo. (27).

As necessidades de mudanças na Educação Médica tornaram-se mais evidentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então o perfil técnico, biológico e centrado no hospital da formação médica, com uma política de saúde que excluía os menos favorecidos e beneficiava os prestadores privados de assistência médica e o complexo médico- industrial de serviços, não era compatível com as demandas do SUS.

Em 1986, Silva aponta as necessidades de mudanças na Educação Médica:

Nesse contexto de mudança a escola tem de estar preparada para: abordar os problemas médico-sociais individuais e coletivos, além de executar ações para sua solução com ênfase na promoção e prevenção; avaliar as ações de saúde com base no impacto social, na eficiência, na eficácia e na equidade dos serviços; ênfase na aprendizagem, superando modelo acadêmico autoritário; ênfase na “formação” sobre a “informação” de modo a que o profissional, além de um corpo de doutrina, incorpore atitudes e habilidades; participação integral da escola num plano assistencial que cubra de forma equilibrada todos os níveis de atenção com participação de professores e alunos de graduação e pós-graduação; inserção precoce dos alunos de graduação nos programas assistenciais; participação integral da escola numa plano puramente de desenvolvimento do pessoal de saúde.(28)

A partir da criação do Sistema Único de Saúde surge de modo mais incisivo a necessidade de trabalhar um conceito ampliado de saúde. Sendo, então, necessário trabalhar a formação de elementos além do biológico na compreensão do processo saúde-doença, compreendendo as diferentes realidades sócio epidemiológicas do país. Além disso, como forma de melhorar as respostas aos problemas de saúde da população, é colocado do trabalho em equipe multiprofissional, numa perspectiva não medicalizante do adoecimento. (29)

Em oposição aos modelos considerados ultrapassados e centralizados, um grupo de professores, provenientes de diversas universidades do mundo, deu início, no final da década de 1960 a um programa inovador de aprendizagem em Medicina. Nascia, assim, na Universidade de McMaster, no Canadá, a metodologia denominada Problem Based Learning

(PBL), colocando o estudante como sujeito ativo do processo de aprendizagem e organizando o currículo a partir de problemas reais, e não por disciplinas, integrando as ciências básicas com as áreas clínicas. (26)

Nos últimos anos, vários documentos vêm sendo construídos com políticas, projetos e incentivos nos últimos anos. Vale destacar o Relatório da Organização Mundial de Saúde (2006) intitulado “Trabalhando juntos pela saúde”. O documento enfatiza o déficit de profissionais de saúde e a distribuição irregular dos mesmos e os problemas na formação. Nesse documento são incentivadas mudanças institucionais na prática de ensino e maior atenção ao conteúdo curricular e métodos pedagógicos. (13)

No contexto desse processo histórico ocorre um movimento transformador na área de saúde, resultado de diversas reformas nos sistemas de assistência à saúde, no qual estão incluídos a atenção primária a saúde e a formação de recursos humanos.

Iniciou-se também debates acerca da necessidade de integrar os currículos e da metodologias ativas de aprendizagem, com o objetivo de superar a fragmentação dos currículos, a ênfase no conteúdo e o papel passivo dos estudantes no processo de aprendizagem, sendo apontado o “aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser, aprender a conviver” como os pilares da educação do século XXI. (29)

Em 2001, foi publicada no Brasil as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina. Ela define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos no Brasil, objetivando a formação de médicos com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar nos diversos nível de atenção na perspectiva da integralidade da assistência. Propõe a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, a inclusão de dimensões éticas e humanísticas no aluno, a promoção da integralidade e interdisciplinaridade, a inserção precoce dos alunos em atividades práticas, com a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início da formação, e a vinculação, através da integração ensino-serviço, da formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. (30)

Em 2002 surge o Programa de Reorientação da Formação dos Médicos (Promed). O programa, focado nas graduações em medicina, estimulava a adoção de metodologias ativas de aprendizagem, a ampliação das atividades práticas no âmbito da saúde da família e a produção de conhecimento relevante ao SUS. Na seqüência de mudanças na graduação surge em 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde com propostas de mudanças na graduação das outras profissões de saúde. (31)

Em 2007, inicia-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Este era mais centrado nas pesquisas e não necessariamente nas práticas do cuidado, envolvendo trabalhadores das unidades básicas de saúde que atuavam juntamente com estudantes e professores. Para os trabalhadores foram oferecidos cursos à distância produzidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Houve também uma ampliação das vagas de residência multiprofissionais, principalmente em saúde da família. (31)

Em 2013 foi criado o Programa Mais Médicos, que tinha por objetivo resolver emergencialmente a falta de médicos na Atenção primária e criar condições para superar a escassez desses profissionais, além de modificar o perfil de sua formação. Uma das vertentes deste programa foi o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) que incentiva os médicos recém formados a trabalharem por um ou dois anos na atenção primária em troca de receberem pontuação na prova de residência médica. Durante a atuação no programa eram oferecidas atividades de supervisão mensal e especialização em saúde da família. (31)

Em 2014 ocorre a reedição das DCN da graduação de medicina. Assim como na DCN anterior, defende que o egresso em medicina tenha formação generalista, capacitado a atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Busca ainda aprofundar a discussão sobre o conceito de competência, definindo-a como a capacidade de mobilizar os conhecimentos, habilidades e atitudes para o exercício da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Além disso, detalha três áreas de competências, Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde, a serem desenvolvidas durante a formação. (19). A área de competência Atenção à Saúde é estruturada em duas subáreas Atenção às Necessidades Individuais de saúde e Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva, que têm como ações chaves a identificação das necessidades de saúde individuais e coletivas e o desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos individuais e projetos de intervenção coletiva. Na área de competência Gestão em Saúde objetiva-se que o egresso saiba organizar o trabalho em saúde e acompanhar e avaliar este trabalho. Já a competência de Educação em Saúde estrutura-se três ações chaves: 1. Identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva. 2. Promoção da construção e socialização do conhecimento e 3. Promoção do Pensamento Científico e Crítico e apoio à produção de novos conhecimentos. Além disso, cabe ressaltar a mudança no internato médico com a ampliação da carga horária do estágio para 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina, sendo o mínimo de 30% da carga horária prevista desenvolvida na Atenção Básica e em Serviços de

Urgência e Emergência do SUS; o reforço ao uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e o incentivo a capacitação docente, com a constituição de um Núcleo Docente Estruturante, atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso. As adequações curriculares propostas deveriam ser implantadas progressivamente até 31 de dezembro de 2018.(12)

Recentemente, criados e apoiados pelo governo federal, surgiram os mestrados profissionais em saúde da família. Estes se apresentando como uma oportunidade de reflexões sobre as rotinas de trabalho dos profissionais que trabalham na atenção primária e uma estratégia para a formação de docentes com um perfil diferente diante das novas diretrizes curriculares.(31)

Apesar dessas proposições e avanços, estudos e avaliações do ensino médico mostram que a maioria dos cursos de medicina no País ainda segue um modelo de formação predominantemente fragmentado. Entretanto, pode-se vislumbrar um cenário favorável de transformação, com inovações e reformas curriculares em diversas escolas recentemente.(13)

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO

Pesquisa descritiva, de corte transversal com abordagem qualitativa e quantitativa. A metodologia qualitativa-quantitativa possibilita conhecer a subjetividade dos atores envolvidos e seus comportamentos. (32)(33), salientando aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana para aprender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno. (34)

A pesquisa caracteriza-se por descritiva por descrever características de fenômenos e grupos, podendo identificar relações entre variáveis. (33)É transversal por a coleta das informações ocorrer simultaneamente (avaliação fotográfica), sem haver sugestão de relações de causalidade. As vantagens desse tipo de estudo são o baixo custo, a análise simples dos dados, o grande potencial descritivo e a rapidez na coleta dos dados.

O estudo caracteriza-se pela não intervenção nos indivíduos envolvidos da pesquisa, mas partindo da análise, de forma simultânea, das competências auto-referidas pelos egressos adquiridas durante a graduação.

4.2. Contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Distrito Federal, que possui no momento 6 Instituições de Ensino Superior com Curso de Graduação em Medicina, de acordo com o site emec.mec.gov.br no dia 06 de agosto de 2019.

Dos 6 cursos de medicina, 4 pertencem a Instituições Privadas e 2 a Instituições Públicas.

Optou-se por selecionar as instituições com maior número de egressos ao ano, sendo uma pública e uma privada.

Tabela 1- Perfil dos Cursos de Medicina das Instituições de Ensino Superior do Distrito Federal 2019

Escola	Início de Funcionamento	Número de vagas/ano	Organização Acadêmica	Categoria Administrativa
1	10/08/2001	80	Escola Superior	Pública
2	02/04/2002	120	Centro Universitário	Privada
3	01/08/2013	150	Centro universitário	Privada
4	01/03/1965	76	Universidade	Pública
5	18/02/2019	100	Centro universitário	Privada
6	15/08/2001	100	Universidade	Privada

Fonte: <https://emec.mec.gov.br/emec/nova>

4.3. SUJEITOS DA PESQUISA

Egressos dos cursos de Medicina de 2 Instituições de Ensino Superior do Distrito Federal que oferecem Curso de Graduação em Medicina aprovados pelo MEC, durante o ano letivo de 2020 e 2021. Foram excluídos os egressos que se recusaram a participar da pesquisa, aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido e os recém formados que tiveram cursado parte da graduação em medicina em outra instituição.

4.4. PRINCIPAIS VARIÁVEIS A SEREM COLETADAS

De acordo com Donabedian, a avaliação da qualidade de um serviço de saúde pode-se dar por 3 componentes: estrutura, processo e resultado. (35). Optou-se neste estudo por avaliar unicamente os resultados com base no perfil do egresso. Para tanto, foi realizada inicialmente uma pesquisa documental dos Projetos Político Pedagógicos dos Curso de Graduação em Medicina vigentes no ano de 2020. O segundo passo foi a aplicação de um questionário estruturado validado, elaborado com base nas orientações da DCN 2014, para identificar o perfil auto-declarado dos médicos. Esse questionário foi disponibilizado na plataforma *Google forms*.

A primeira parte do questionário é composta por perguntas fechadas que objetivam caracterizar os sujeitos da pesquisa. A segunda parte é composta por questionário estruturado com a aplicação da escala de Likert que buscam analisar as habilidades e competências adquiridas pelos egressos durante a graduação em medicina. Cada uma das habilidades e competências listada no questionário foi retirada das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. O egresso pôde optar em uma escala de 1 a 5, sendo 1 pouca habilidade e 5 muita habilidade, em desenvolver cada uma das habilidades e competências listadas.

Em seguida, foram realizadas 7 entrevistas individuais com egressos das instituições com a aplicação de um questionário semi-estruturado. Os participantes foram selecionados por livre adesão. Optou-se pela realização da entrevista para que fossem obtidas informações de caráter qualitativo em profundidade.

4.5. VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Foram seguidas as seguintes etapas de validação do questionário: 1. Leitura exaustiva das Diretrizes Curriculares Nacionais 2. Construção dos itens e das escalas de resposta. 3. Seleção e organização dos itens. 4. Estruturação do instrumento utilizando os

critérios de comportamento, objetividade, simplicidade, clareza, precisão, validade, relevância e interpretabilidade. 5. Validação do instrumento que consistiu em enviar o instrumento a 5 especialistas na área para avaliação quanto a representatividade e abrangência dos domínios e itens que o constituem. 6. Adequação do instrumento de acordo com as considerações dos especialistas.

4.6. COLETA E PRODUÇÃO DOS DADOS

O trabalho desenvolveu-se nas seguintes etapas: 1. Revisão bibliográfica do tema. 2. Revisão documental das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014. 3. Pesquisa documental dos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina do Distrito Federal em vigência no ano de 2020. 4. Aplicação de questionário estruturado aos concluintes dos cursos de Medicina das duas instituições. 5. Realização de entrevista com egressos das instituições. 6. Análise dos dados e divulgação dos resultados.

Os Projetos Político Pedagógicos das Instituições foram obtidos pelo site da instituição ou por contato direto (e-mail ou telefone) com a coordenação das Instituições.

Os egressos que preenchiam os critérios de inclusão de cada uma das duas instituições foram convidados a participar da pesquisa por mensagem telefônica e/ou e-mail, por meio dos quais recebiam o questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Esse contato foi realizado no primeiro semestre de 2021.

Foi enviado aos egressos que preencheram o questionário um e-mail convidando a participar da entrevista, tendo 7 egressos concordado por livre adesão em participar dessa etapa. As entrevistas foram realizadas por plataforma virtual Teams com duração média de 30 minutos. Utilizou-se um questionário semi-estruturado como motivador da discussão. O encontro foi gravado vídeo/áudio pela pesquisadora.

4.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Nos projetos políticos pedagógicos foram analisadas as categorias “Perfil do Egresso” dos 2 Projetos Político Pedagógicos.

As questões fechadas foram tabuladas e apresentados os percentuais. Para análise, dividir-se-á as perguntas quanto as competências adquiridas em 3 eixos: atenção à saúde, educação em saúde e gestão em saúde. Foram calculadas as médias e os desvios padrão das respostas dos participantes em cada um dos três eixos e, em seguida, aplicação do teste de Levene para igualdade de variâncias e o teste t para igualdade de médias. A distribuição dos

egressos em cada uma das questões foi analisada utilizando o teste do qui quadrado com estimação de Monte Carlo. (36)

As entrevistas forma transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo por Bardin. Inicialmente as entrevistas foram transcritas, em seguida foi realizada uma pré análise, com uma leitura exaustiva dos dados. Após o material foi classificado, agregado e organizado em categoriais teóricas e empíricas. (32, 34).

A análise de conteúdo é uma metodologia que parte de uma perspectiva quantitativa, analisando numericamente a frequência de ocorrência determinados termos, construções e referências em um dado texto.(37)

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO/INTERVENÇÃO

A pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Fiocruz Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Os riscos aos participantes da pesquisa foram classificados como risco mínimo, já que não ocorreu nenhuma manipulação de conduta ou intervenção nas variáveis educacionais, comportamentais ou sociais dos participantes do estudo, ocorrendo apenas a aplicação do questionário.

Foram obedecidos os princípios éticos, buscando-se evitar qualquer risco ou constrangimento aos participantes da pesquisa, em acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

5. RESULTADOS

5.1. ANÁLISE DOS PROJETOS POLÍTICO PEDAGÓGICOS

Pela leitura dos projetos políticos pedagógicos das duas instituições no campo de “perfil do egresso” observamos que as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 serviram como base para a formulação dos dois projetos. Logo a análise dos projetos não foi suficiente para discriminar o perfil dos egressos das instituições ou refletir com propriedade a aplicação das recomendações das DCNs durante a graduação em Medicina.

5.2. ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL

O questionário foi aplicado a 67 egressos de cursos de medicina do Distrito Federal, 40 de uma instituição pública e 27 de uma instituição privada. 52,2% eram do sexo feminino e 47,8% do sexo masculino. Dos respondentes 47,8% concluíram o curso de medicina no primeiro semestre de 2021 e 52,2% no segundo semestre de 2020 e 95,5% realizaram atividades extracurriculares durante a graduação.

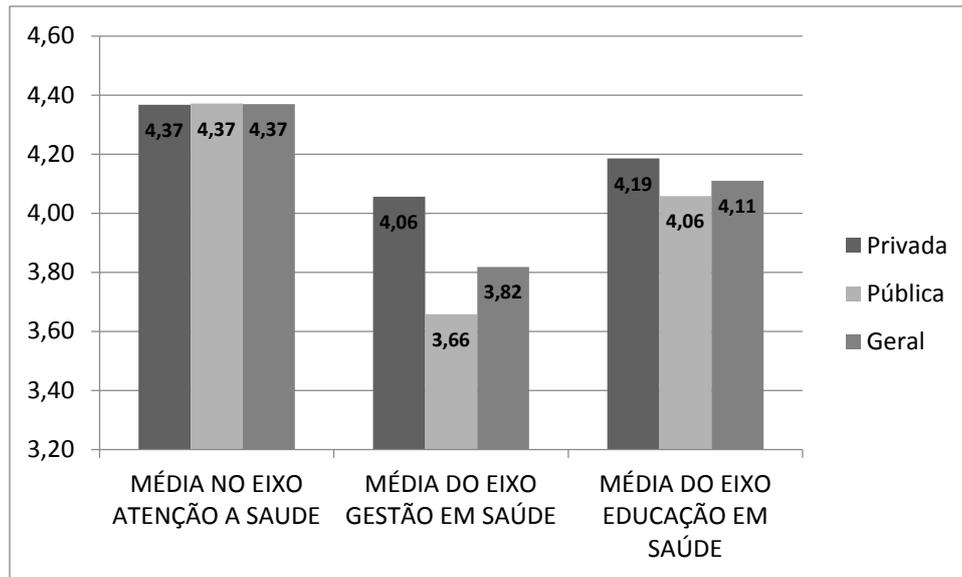
O questionário foi dividido nos 3 campos tratados nas Diretrizes Curriculares Nacionais, Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde.

No campo de Atenção à Saúde, foram listadas 13 competências para que o egresso se auto avaliasse em cada um dos quesitos numa escala de 1 a 5, considerando 1 pouco habilidade em desenvolver aquela competência e 5 muita habilidade. Enquanto no campo de Gestão em Saúde foram listadas 6 competências e no campo de Educação em Saúde 3 competências.

A escala de Likert utiliza variáveis quantitativas, porém com significado qualitativo, o que tornaria a descrição das médias questionável, já que o julgamento do respondente não necessariamente foi baseado na nota, e sim na categoria. Entretanto calculamos a média dos 3 eixos com o intuito de reunirmos em um único dado as perguntas de um mesmo eixo e compreendermos melhor a habilidade do egresso em cada um deles.

As médias gerais das respostas de cada eixo foram de 4,37 no campo de Atenção em Saúde, 3,82 no campo de Gestão em Saúde e 4,11 no campo de Educação em Saúde.

Gráfico 1–Média por eixo de competências



Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Utilizamos o teste t de Student para avaliar a diferença entre as médias das duas instituições.

Tabela 2–Médias e desvios padrão por eixo

Bloco de questões e Tipo de instituição	N	Média	Desvio Padrão	
EIXO ATENÇÃO A SAÚDE	Pública	40	4,37	0,36
	Privada	27	4,37	0,51
EIXO GESTÃO EM SAÚDE	Pública	40	3,66	0,57
	Privada	27	4,06	0,59
EIXO EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Pública	40	4,06	0,67
	Privada	27	4,19	0,69

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

A partir dos resultados acima, pode-se identificar que para o eixo Atenção à Saúde, apesar de encontrar uma média igual para ambas as instituições, nota-se que a Instituição privada apresentou um desvio padrão maior, indicando uma maior variabilidade de notas para esta combinação. Logo a hipótese de diferença de médias entre as duas instituições não é esperada, porém a diferença entre variâncias torna interessante a verificação.

Já para o eixo Gestão em Saúde, encontra-se uma média com uma diferença de 0,4 entre as instituições, sendo que neste caso a instituição pública apresentou o menor valor. No

caso do desvio padrão, as instituições apresentaram uma variação muito pequena, o que não indicaria uma maior variabilidade para alguma combinação. Logo a diferença entre as médias das duas instituições é de interesse ser testada por meio do teste.

Por último, no eixo Educação em Saúde as médias possuem uma diferença de apenas 0,13 entre as instituições, onde novamente a instituição pública apresentou o menor valor. Também repetindo o feito, os desvios padrão das instituições apresentaram uma variação muito pequena entre si. Logo nem a diferença entre as médias das duas instituições, nem a da variância é esperada. Independente das análises exploratórias e realizadas por meio dos resultados obtidos com as tabelas anteriores e as expectativas, é importante a aplicação dos testes para conclusão e melhor discussão dos resultados obtidos.

Tabela 3–Comparação entre variâncias e médias em cada eixo

Teste de amostras independentes	Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para igualdade de médias		
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
EIXO ATENÇÃO A SAÚDE	4,973	0,029	0,032	43,508	0,975
EIXO GESTÃO EM SAÚDE	0,569	0,453	-2,770	65	0,007
EIXO EDUCAÇÃO EM SAÚDE	0,001	0,972	-0,746	65	0,458

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

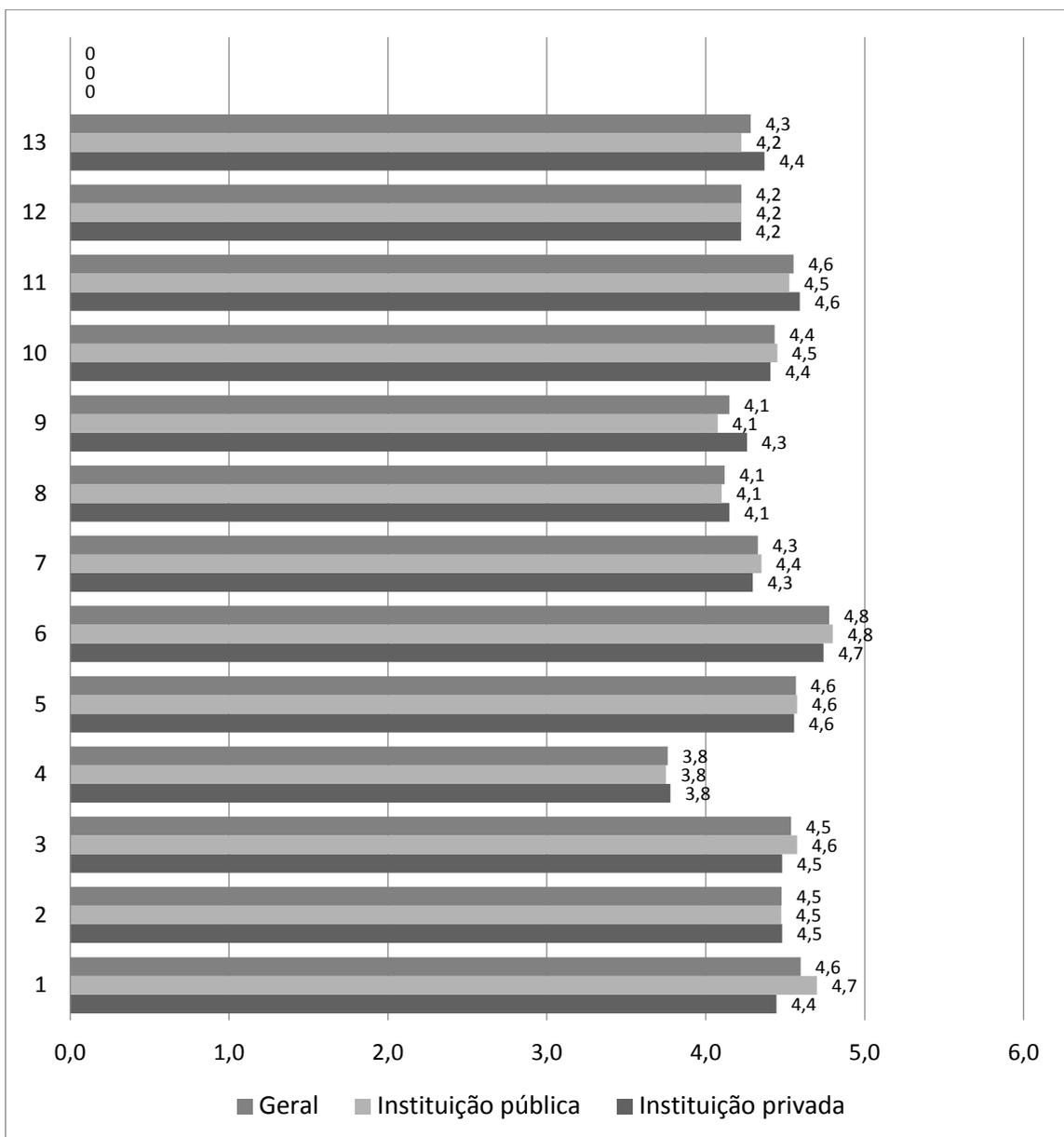
Na tabela acima, foi realizado dois testes, primeiro o Teste de Levene, que identifica se as amostras possuem variâncias iguais, seguido pelo Teste- T para Igualdade de Médias, onde T é o resultado do teste T- Student, gl representa o grau de Liberdade, valor de referência para buscar na tabela de distribuição do teste, e Sig (bilateral) apresenta o p-valor do teste. O teste de Levene deve ser aplicado primeiro, pois caso elas possuam variâncias diferentes o método do Teste-T no teste de médias é diferente de quando as variâncias são iguais.

Analisando os resultados encontrados as expectativas levantadas nas análises exploratórias foram todas alcançadas. Para o primeiro eixo a hipótese de igualdade entre variâncias das duas instituições é rejeitada, pois o p-valor é de 2,9%, menor que os 5% do nível descritivo mínimo aceitável, o que indica que as amostras possuem distribuições

diferentes. Já no eixo 2 somente a diferença de média é significativa, e no eixo 3 nenhum dos casos são estaticamente significativos. Ou seja, observamos uma distribuição dos valores atribuídos pelos egressos muito variável entre as duas instituições no campo de Atenção em Saúde, entretanto a média é igual. Já no campo de Gestão em Saúde a distribuição dos valores é semelhante, entretanto as médias entre as duas instituições são diferentes.

Partimos então para a análise das médias em cada um dos itens de cada campo.

Gráfico 2–Médias de cada item no eixo de Atenção à Saúde

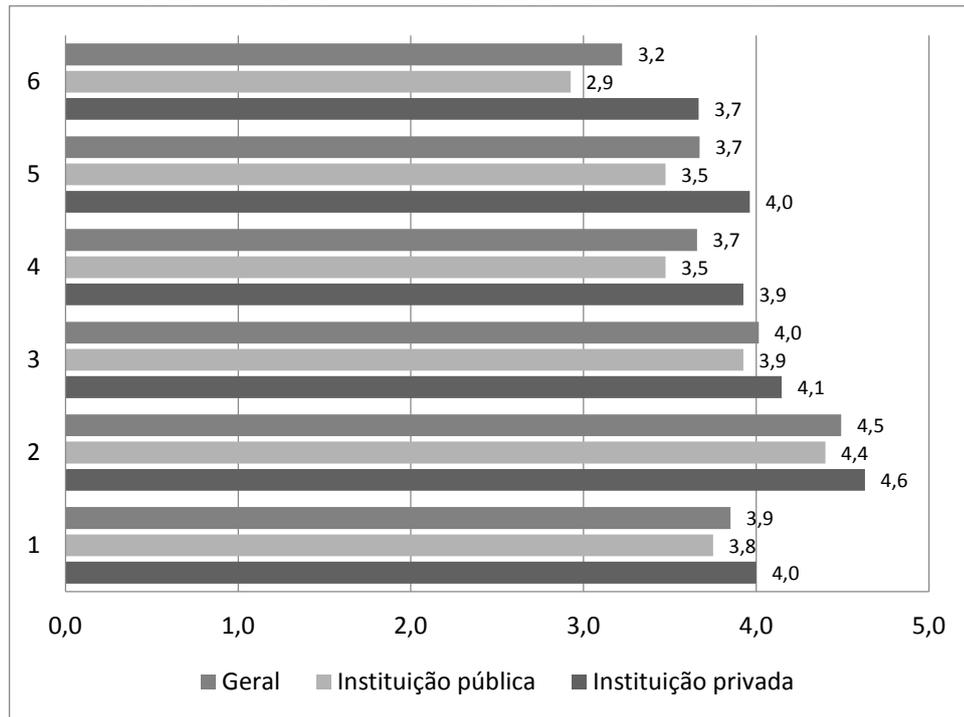


Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Os itens do campo de Atenção à Saúde foram: 1. oferecer cuidado ético, integral e humanizado, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença e as melhores evidências científicas; 2. estimular o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades, reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde; 3. realizar anamnese, abordando a pessoa como um todo, buscando criar vínculo e compreender sua experiência com a doenças, suas perspectivas, necessidades e expectativas; 4. Identificar situações de emergência e atuar de forma autônoma e competente nas situações prevalentes de ameaça a vida; 5. orientar e organizar a anamnese, utilizando linguagem compreensível, o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas; 6. realizar exame físico, com o consentimento da pessoa, assegurando a segurança, privacidade e conforto desta, mantendo postura ética, respeitosa e destreza técnica; 7. estabelecer hipóteses diagnósticas e prognóstico, considerando o contexto familiar e os aspectos psicossocioambientais da pessoa sob seus cuidados; 8. solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme a situação e contexto da pessoa, avaliando a possibilidade de acesso aos testes necessários, e considerando a eficiência, eficácia e efetividade dos exames; 9. interpretar os resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; 10. esclarecer a pessoa ou ao responsável sobre os achados encontrados no exame físico e sobre as hipóteses, o prognóstico e o tratamento de forma ética e humanizada; 11. registrar e atualizar o prontuário de forma clara, objetiva e legível, buscando torná-lo instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados; 12. estabelecer planos terapêuticos, considerando a relação custo-efetividade, contemplando as dimensões de promoção e prevenção, tratamento e reabilitação e incorporando a pessoa na decisão terapêutica; 13. estabelecer pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário.

Percebe-se no gráfico que o item em que os alunos demonstraram maior segurança foi na realização de exame físico, com o consentimento da pessoa, assegurando a segurança, privacidade e conforto desta, mantendo postura ética, respeitosa e destreza técnica; e a competência que demonstraram maior insegurança foi na identificação situações de emergência e atuação de forma autônoma e competente nas situações prevalentes de ameaça a vida

Gráfico 3–Médias de cada item no eixo Gestão em Saúde

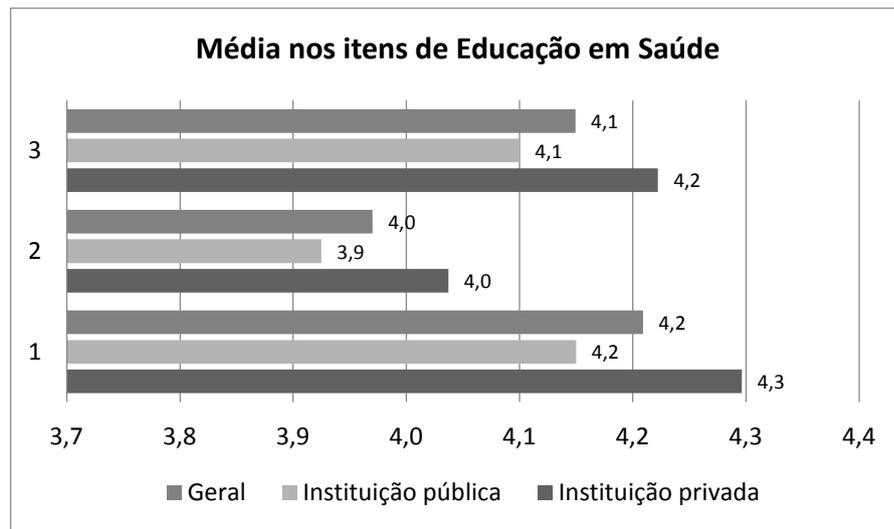


Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Já os itens de gestão em saúde foram: 1. conhecer a história da saúde, das políticas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária e dos princípios do SUS e identificar os desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde; 2. trabalhar em equipe de saúde, de forma colaborativa, com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde, respeitando opiniões diferentes e a diversidade de valores, papéis e responsabilidades no cuidado à saúde; 3. utilizar de diversas fontes para identificar os problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e de modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais; 4. acessar e utilizar dados secundários e outras informações do território visando ampliar a explicação de causas e efeitos e criar estratégias de enfrentamento dos problemas levantados, considerando sua magnitude, a existência de recursos e a importância técnica, cultural e política do contexto; 5. participar de espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho e construir projetos de intervenção em grupos sociais, estimulando a inserção de ações de promoção e educação em saúde e a participação de outros profissionais e segmentos sociais e 6. avaliar o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação, e utilizar os resultados para promover ajustes e novas ações.

Vemos pelo gráfico que o item que os egressos demonstraram menor habilidade foi avaliar o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação, e utilizar os resultados para promover ajustes e novas ações.

Gráfico 4–Médias de cada item no eixo Educação em Saúde



Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Os itens de educação em saúde foram: 1. identificar as necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e, respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um, estimular a curiosidade e a capacidade de aprender; 2. escolher estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem individuais e coletivas, estimulando a construção de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada e participando da formação de futuros profissionais e 3. utilizar dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses, buscando dados e informações de forma crítica e identificando as necessidades de produção de novos conhecimentos em saúde.

Percebemos neste campo uma distribuição semelhante nos 3 itens.

Analizamos também a distribuição dos egressos em cada uma das questões utilizando o teste do qui quadrado com estimação de Monte Carlo. O teste de independência Qui-Quadrado é usado para descobrir se existe uma associação entre duas variáveis. Por convenção normalmente em dados clínicos utiliza-se um nível de significância de 5%. Para

realizar esse teste inicialmente é necessário possuir alguns pressupostos, primeiro de que os dados foram selecionados aleatoriamente, segundo que todas as frequências esperadas são maiores que 1, e terceiro, não possua mais de 20% das frequências esperadas inferiores a cinco. (36)

Para os casos que esses últimos dois pressupostos sejam violados, os valores esperados menores que 5 e amostras pequenas, afetam a aproximação da distribuição Qui-Quadrado, fazendo com que a mesma não seja suficientemente boa. Existe uma alternativa conhecida como Método de Monte Carlo, que se baseia em estimar inúmeras amostras aleatórias com base na amostra coletada, para testar como a base se comporta, e calculando assim uma estimativa mais confiável do teste de qui-quadrado para cada uma dessas amostras utilizando um nível de confiança determinado. No caso desta pesquisa foi utilizado 1000 amostras aleatórias e um nível de confiança de 99%.

Na primeira questão do campo de Atenção à Saúde, a maioria dos egressos, 65,7%, se avaliaram em 5. Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre as duas instituições ($p=0,237$) parece que os egressos da instituição pública tendem a ter uma segurança maior nesse quesito.

Tabela 4–Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 1 do eixo Atenção à Saúde

	1. Oferecer cuidado ético, integral e humanizado, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença e as melhores evidências científicas.			
	3	4	5	Total
Instituição pública	1 2,5%	10 25,0%	29 72,5%	40 100,0%
Instituição privada	3 11,1%	9 33,3%	15 55,6%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 5–Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 1 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	3,102	2	0,237

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Na segunda questão, nota-se uma distribuição muito semelhante entre as duas instituições. Além disso, observou-se uma distribuição maior dos médicos na pontuação 4 quando comparado a tabela anterior. Distribuição semelhante das pontuações ocorre na competência 3.

Tabela 6 - Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 2 do eixo Atenção à saúde

2. Estimular o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades, reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.				
	3	4	5	Total
Instituição pública	2 5,0%	17 42,5%	21 52,5%	40 100,0%
Instituição privada	1 3,7%	12 44,4%	14 51,9%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 7- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 2 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	0,076	2	1,000

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 8- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 3

3. Realizar anamnese, abordando a pessoa como um todo, buscando criar vínculo e compreender sua experiência com a doença, suas perspectivas, necessidades e expectativas.				
	3	4	5	Total
Instituição pública	2 5,0%	13 32,5%	25 62,5%	40 100,0%
Instituição privada	1 3,7%	12 44,4%	14 51,9%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 9- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 3 de Atenção à saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	0,991	2,000	0,681

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Na competência 4, observa-se uma maior insegurança dos egressos quando comparado aos quesitos anteriores com somente 20,9% se avaliando com pontuação 5.

Tabela 10- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 4 do eixo Atenção à saúde

4. Identificar emergências e atuar de forma autônoma e competente nas situações prevalentes de ameaça a vida.						
	1	2	3	4	5	Total
Instituição Pública	1	1	12	19	7	40
	2,5%	2,5%	30,0%	47,5%	17,5%	100,0%
Instituição Privada	0	2	9	9	7	27
	0,0%	7,4%	33,3%	33,3%	25,9%	100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 11- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 4 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	2,921	4,000	0,609

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Analisando a quinta competência, nota-se que 62,7% dos egressos atribuíram nota 5 na escala Likert.

Tabela 12- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 5 do eixo Atenção à saúde

5. Orientar e organizar a anamnese, utilizando linguagem compreensível, o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas.					
	2	3	4	5	Total
Instituição pública	1	0	14	25	40
	2,5%	0,0%	35,0%	62,5%	100,0%
Instituição privada	0	2	8	17	27
	0,0%	7,4%	29,6%	63,0%	100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 13- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 5 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	3,780	3,000	0,274

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Quanto à competência 6, a grande maioria 79,1% avaliou-se com nota 5 na escala Likert e nenhum aluno se avaliou com nota 1 ou 2, o que demonstra grande segurança nesse quesito.

Tabela 14- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 6 do eixo Atenção à saúde

6. Realizar exame físico, com o consentimento da pessoa, assegurando a segurança, privacidade e conforto desta, mantendo postura ética, respeitosa e destreza técnica.				
	3	4	5	Total
Instituição pública	0 0,0%	8 20,0%	32 80,0%	40 100,0%
Instituição privada	1 3,7%	5 18,5%	21 77,8%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 15- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 6 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimacão Monte Carlo	1,510	2,000	0,602

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Nas competências 7 e 8, a distribuição dos egressos das duas instituições foram muito semelhantes, tendo maior concentração dos estudantes atribuindo nota 4 nestes quesitos.

Tabela 16- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 7 do eixo Atenção à saúde

7. Estabelecer hipóteses diagnósticas e prognóstico, considerando o contexto familiar e os aspectos psicossocioambientais da pessoa sob seus cuidados.				
	3	4	5	Total
Instituição Pública	2 5,0%	22 55,0%	16 40,0%	40 100,0%
Instituição Privada	2 7,4%	15 55,6%	10 37,0%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 17- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 7 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	0,194	2,000	1,000

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 18- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 8 do eixo Atenção à saúde

8. Solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme a situação e contexto da pessoa, avaliando a possibilidade de acesso aos testes necessários, e considerando a eficiência, eficácia e efetividade dos exames.					
	2	3	4	5	Total
Instituição pública	1 2,5%	6 15,0%	21 52,5%	12 30,0%	40 100,0%
Instituição privada	0 0,0%	4 14,8%	15 55,6%	8 29,6%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 19- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 8 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	0,704	3,000	1,000

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

No quesito 9, nota-se que as notas 4 e 5 prevalecem, com uma representação de alunos da instituição pública maior de 57,5% contra 37% na instituição privada atribuindo nota 4 e para a nota 5 a representação de egressos maior é da instituição privada com 44,4% contra 25% dos egressos da instituição pública. Esses resultados demonstram que os médicos da instituição privada se avaliam melhor neste quesito. Por isso, é interessante investigar esse achado, utilizando o teste de independência das amostras para confirmar a hipótese de que as instituições representam amostras independentes. Encontramos um p-valor de 0,198, o que

não é suficiente para a rejeição da Hipótese, ou seja, não podemos dizer que os estudantes de uma instituição se sentem mais preparados que a outra. (16,5% de violação).

Tabela 20- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 9 do eixo Atenção à saúde

	9. Interpretar os resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados.			Total
	3	4	5	
Instituição pública	7 17,5%	23 57,5%	10 25,0%	40 100,0%
Instituição privada	5 18,5%	10 37,0%	12 44,4%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 21- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 9 de Atenção à Saúde

Teste	Valor gl	P- valor
Qui-quadrado	3,236 2	0,198

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Quanto a “esclarecer a pessoa ou ao responsável sobre os achados encontrados no exame físico e sobre as hipóteses, o prognóstico e o tratamento de forma ética e humanizada”, os resultados demonstram que os egressos da instituição pública se avaliam melhor neste quesito, 92,5 % atribuíram nota 4 ou 5 na instituição pública contra 88,9% na instituição privada. Entretanto encontramos um p-valor de 0,346, ou seja, não podemos dizer que os egressos de uma instituição se sentem mais preparados que a outra. Esse resultado pode ser explicado observando o crescimento de egressos conforme as notas aumentam e a diferença entre as duas instituições em porcentagem não é tão expressiva. (50% de violação).

Tabela 22- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 10 do eixo Atenção à saúde

	10. Esclarecer a pessoa ou ao responsável sobre os achados encontrados no exame físico e sobre as hipóteses, o prognóstico e o tratamento de forma ética e humanizada.				Total
	2	3	4	5	
Instituição pública	2 5,0%	1 2,5%	14 35,0%	23 57,5%	40 100,0%
Instituição privada	0 0,0%	3 11,1%	10 37,0%	14 51,9%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 23- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 10 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	3,464	3,000	0,346

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Ao avaliarem a competência 11, nenhum dos egressos atribuiu nota 1 ou 2, tendo a maioria atribuído nota 5.

Tabela 24- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 11 do eixo Atenção à saúde

11. Registrar e atualizar o prontuário de forma clara, objetiva e legível, buscando torná-lo instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.				
	3	4	5	Total
Instituição pública	2 5,0%	15 37,5%	23 57,5%	40 100,0%
Instituição privada	2 7,4%	7 25,9%	18 66,7%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 25- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 11 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	1,035	2,000	0,580

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Na competência 12, observamos maior frequência de egressos em ambas as instituições atribuindo nota 4 na escala Likert. Esses resultados demonstram que os egressos das duas instituições tem uma opinião semelhante, mantendo notas e porcentagens próximas neste quesito.

Tabela 26- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 12 do eixo Atenção à saúde

	12. Estabelecer planos terapêuticos, considerando a relação custo-efetividade, contemplando as dimensões de promoção e prevenção, tratamento e reabilitação e incorporando a pessoa na decisão terapêutica.			
	3	4	5	Total
Instituição pública	6 15,0%	19 47,5%	15 37,5%	40 100,0%
Instituição privada	5 18,5%	11 40,7%	11 40,7%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 27- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 12 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado	0,33	2	0,848

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Já no quesito “estabelecer pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário”, a maior parte dos médicos atribuiu nota 4 ou 5.

Tabela 28- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 13 do eixo Atenção à saúde

	13. Estabelecer pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário.				
	2	3	4	5	Total
Instituição pública	1 2,5%	5 12,5%	18 45,0%	16 40,0%	40 100,0%
Instituição privada	0 0,0%	3 11,1%	11 40,7%	13 48,1%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 29- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 13 de Atenção à Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimacão Monte Carlo	1,016	3,000	0,963

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Nos campos de Gestão em Saúde, percebemos uma mudança do padrão de distribuição das notas entre os egressos com menor porcentagem destes atribuindo nota 5 e um notável aumento do percentual de médicos atribuindo nota 3 na maior parte das competências desse eixo.

No quesito 1, nota-se que em ambas as instituições nenhum médico avaliou com nota 1, na escala Likert, e para a nota 2 foi observado na instituição pública 7,5% dos egressos e 3,7% dos egressos da instituição pública. Uma expressiva frequência de médicos atribuiu nota 3 nesta competência, no caso da instituição pública com uma porcentagem de 35%, representando a maior parte dos respondentes da instituição. Enquanto na instituição privada para a nota 3 foi encontrado uma porcentagem de 22,2% a segunda menor frequência observada. Esses resultados demonstram uma distribuição diferente das notas atribuídas pelos egressos das duas instituições, entretanto não se observou uma diferença estatisticamente representativa.

Tabela 30- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 1 do eixo de Gestão em Saúde

1. Conhecer a história da saúde, das políticas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária e dos princípios do SUS e identificar os desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde.					
	2	3	4	5	Total
Instituição pública	3 7,5%	14 35,0%	13 32,5%	10 25,0%	40 100,0%
Instituição privada	1 3,7%	6 22,2%	12 44,4%	8 29,6%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 31- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 1 do eixo de Gestão em Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimacão Monte Carlo	2,016	3,000	0,597

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Na competência 2, 94% dos egressos atribuíram nota 4 ou 5 na escala Likert.

Tabela 32- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 2 do eixo de Gestão em Saúde

2. Trabalhar em equipe de saúde, de forma colaborativa, com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde, respeitando opiniões diferentes e a diversidade de valores, papéis e responsabilidades no cuidado à saúde.				
	3	4	5	Total
Instituição pública	4 10,0%	16 40,0%	20 50,0%	40 100,0%
Instituição privada	0 0,0%	10 37,0%	17 63,0%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 33- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 2 do eixo de Gestão em Saúde

Teste	Valor gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimacão Monte Carlo	3,227 2,000	0,204

: Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Quanto a competência 3, uma freqüência de egressos considerável atribuiu nota 3 em ambas as instituições. Além disso, para a nota 4 vemos a maior freqüência de egressos, 48,1% da instituição privada contra 35% da instituição pública.

Tabela 34- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 3 do eixo de Gestão em Saúde

3. Utilizar de diversas fontes para identificar os problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e de modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais.					
	2	3	4	5	Total
Instituição pública	1 2,5%	13 32,5%	14 35,0%	12 30,0%	40 100,0%
Instituição privada	0 0,0%	5 18,5%	13 48,1%	9 33,3%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 35-Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 3 do eixo de Gestão em Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	2,597	3,000	0,481

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Já quanto a competência “acessar e utilizar dados secundários e outras informações do território visando ampliar a explicação de causas e efeitos e criar estratégias de enfrentamento dos problemas levantados, considerando sua magnitude, a existência de recursos e a importância técnica, cultural e política do contexto.”, observa-se que 10% dos egressos da instituição pública atribuíram nota 2 na escala Likert contra 7,4% dos egressos da instituição privada. Na nota 3 encontramos o uma frequência de egressos significativa, com uma diferença de 15% entre as duas instituições, onde a instituição pública apresentou o a maior porcentagem com 37,5% e a instituição privada 22,2%. Nos casos das notas 4 notamos a maior frequência de egressos em ambas as instituições, 47,5% da instituição pública e 40,7% da instituição privada. Já para a nota 5 notamos a maior discrepância entre as instituições, onde a representação de egressos da instituição pública possuiu somente 5% e a na instituição privada foi encontrado 29,6% dos estudantes.

Esses resultados demonstram que os egressos da instituição divergem entre os resultados das notas, e aparentemente os médicos da instituição privada se avaliam com notas mais altas neste quesito. Por isso, é interessante investigar esse achado, utilizando o teste de independência das amostras para confirmar a hipótese de que as instituições representam amostras independentes. Encontramos um p-valor de 0,042, o que é significativa a rejeição da Hipótese, ou seja, podemos dizer que os estudantes de uma instituição se avaliam diferente em relação a outra. (37,5% de violação).

Tabela 36- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 4 do eixo de Gestão em Saúde

	4. Acessar e utilizar dados secundários e outras informações do território visando ampliar a explicação de causas e efeitos e criar estratégias de enfrentamento dos problemas levantados, considerando sua magnitude, a existência de recursos e a importância técnica, cultural e política do contexto.				
	2	3	4	5	Total
Instituição	4	15	19	2	40

pública	10,0%	37,5%	47,5%	5,0%	100,0%
Instituição	2	6	11	8	27
privada	7,4%	22,2%	40,7%	29,6%	100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 37- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 4 do eixo de Gestão em Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	0,037	3,000	0,042

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Na competência 5, observamos uma maior distribuição dos egressos atribuindo nota 4 na escala Likert com 43,3% total dos entrevistados.

Tabela 38- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 5 do eixo de Gestão em Saúde

5. Participar de espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho e construir projetos de intervenção em grupos sociais, estimulando a inserção de ações de promoção e educação em saúde e a participação de outros profissionais e segmentos sociais.					
	2	3	4	5	Total
Instituição pública	6	13	17	4	40
	15,0%	32,5%	42,5%	10,0%	100,0%
Instituição privada	2	5	12	8	27
	7,4%	18,5%	44,4%	29,6%	100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 39- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 5 do eixo de Gestão em Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	5,433	3,000	0,140

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Analisando a tabela do quesito “avaliar o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação, e utilizar os resultados para promover ajustes e novas ações”, nota-se que somente na

instituição pública avaliou-se com a nota 1, representaram 10% da amostra da instituição, na nota 2, encontramos 11,1% de estudantes da instituição pública e 22,5% dos respondentes da instituição privada. Para nota 3, observou-se uma menor representação dos egressos da instituição privada com uma porcentagem de 29,6% dos egressos da instituição contra 40% dos egressos da instituição pública. Nos casos das notas 4 vemos a maior frequência egressos em ambas as instituições, com uma porcentagem de egressos próxima sendo a instituição privada obtendo 40,7% e a instituição pública de 20,0%. Já para a nota 5 notamos uma diferença significativa entre as instituições, observou-se uma maior representação dos egressos da instituição privada com 18,5% contra 7,5% dos egressos da instituição pública.

Esses resultados demonstram que os médicos das instituições apresentaram algumas discrepâncias neste quesito. Por isso, é interessante investigar esse achado, utilizando o teste de independência das amostras para confirmar a hipótese de que as instituições representam amostras independentes. Encontramos um p-valor de 0,072, o que não é suficiente para a rejeição da Hipótese, ou seja, não podemos dizer que os estudantes de uma instituição se sentem mais preparados que a outra. (50% de violação).

Tabela 40- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 6 do eixo de Gestão em Saúde

6. Avaliar o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação, e utilizar os resultados para promover ajustes e novas ações.						
	1	2	3	4	5	Total
Instituição pública	4 10,0%	9 22,5%	16 40,0%	8 20,0%	3 7,5%	40 100,0%
Instituição privada	0 0,0%	3 11,1%	8 29,6%	11 40,7%	5 18,5%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 41- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 6 do eixo de Gestão em Saúde

Teste	Valor	gl	P-valor
Qui-quadrado com Estimção Monte Carlo	8,436	4,000	0,072

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Nos campos de Educação em Saúde, observa-se uma maior segurança dos alunos quando comparado ao campo de Gestão em Saúde.

No quesito 1, observa-se que a maior parte dos egressos atribuiu nota 4 na instituição pública (45%), enquanto na instituição privada a maior parte dos estudantes atribuiu nota 5 (48,1%).

Esses resultados demonstram que os egressos das instituições tem percepções parecidas, mantendo notas e uma concentração maior de alunos nas notas 4 e 5, porém é possível enxergar algumas divergências nas notas 5 e notas 3. Por isso, é interessante investigar esse achado, utilizando o teste de independência das amostras para confirmar a hipótese de que as instituições representam amostras independentes. Porém é importante enfatizar que nesse caso tivemos 50% das caselas com violação do pressuposto. Encontramos um p-valor de 0,030, o que é significativa a rejeição da Hipótese, ou seja, podemos dizer que os estudantes de uma instituição se avaliam diferente em relação a outra.

Esse resultado demonstra a influência de caselas vazias e outliers na tabela, que são a violação dos pressupostos do teste qui-quadrado, nota-se um comportamento semelhante nas outras categorias da tabela, o teste monte Carlo consegue corrigir anormalidades, porém é importante ter cautela quando nota-se uma porcentagem de violação de pressupostos significativa. (60% de violação).

Tabela 42- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 1 do eixo de Educação em Saúde

1. Identificar as necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e, respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um, estimular a curiosidade e a capacidade de aprender.						
	1	2	3	4	5	Total
Instituição pública	0	0	8	18	14	40
	0,0%	0,0%	20,0%	45,0%	35,0%	100,0%
Instituição privada	1	1	0	12	13	27
	3,7%	3,7%	0,0%	44,4%	48,1%	100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 43 - Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 1 do eixo de Educação em Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
-------	-------	----	----------

Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	9,056	4,000	<u>0,030</u>
--	-------	-------	--------------

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Analisando a competência 2, observa-se que os egressos das instituições tem uma opinião semelhante mantendo notas e porcentagens próximas neste quesito, com a maior parte deles atribuindo nota 4 na escala Likert.

Tabela 44- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 2 do eixo de Educação em Saúde

2. Escolher estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem individuais e coletivas, estimulando a construção de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada e participando da formação de futuros profissionais.					
	2	3	4	5	Total
Instituição pública	2 5,0%	10 25,0%	17 42,5%	11 27,5%	40 100,0%
Instituição privada	0 0,0%	7 25,9%	12 44,4%	8 29,6%	27 100,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 45- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 2 do eixo de Educação em Saúde

Teste	Valor	gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	1,395	3,000	0,763

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Na competência 3, nota-se que em ambas as instituições nenhum egresso avaliou com nota 1, na escala Likert, e somente 1 egresso de cada instituição avaliou com a nota 2. Além disso, uma baixa frequência de médicos avaliou na nota 3 na escala Likert, representando 15% da instituição pública contra 11,1% da instituição privada. Nos casos das notas 4 vemos a maior frequência em ambas as instituições, e novamente valores próximos com uma representação da instituição pública de 52,5% e na instituição privada 44,4%. Já para a nota 5 com uma diminuição de frequência de egressos, porém nesse caso, a representação de egressos maior é da instituição privada com 40,7% contra 30% dos médicos da instituição pública.

Esses resultados demonstram que os egressos das instituições tem uma opinião semelhante mantendo notas e porcentagens próximas neste quesito. Por isso, é interessante investigar esse achado, utilizando o teste de independência das amostras para confirmar a hipótese de que as instituições representam amostras independentes. Encontramos um p-valor de 0,843, o que não é suficiente para a rejeição da Hipótese, ou seja, não podemos dizer que os egressos de uma instituição se sentem mais preparados que a outra. (37,5% de violação)

Tabela 46- Distribuição das notas atribuídas pelos estudantes na competência 3 do eixo de Educação em Saúde

		3. Utilizar dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses, buscando dados e informações de forma crítica e identificando as necessidades de produção de novos conhecimentos em saúde.				
		2	3	4	5	Total
Instituição pública	1	6	21	12	40	
		2,5%	52,5%	30,0%	100,0%	
Instituição privada	1	3	12	11	27	
		3,7%	44,4%	40,7%	100,0%	

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Tabela 47- Comparação estatística entre a distribuição dos estudantes das duas instituições na competência 3 do eixo de Educação em Saúde

Teste	Valor gl	P- valor
Qui-quadrado com Estimação Monte Carlo	1,014 3,000	0,843

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

5.3. ANÁLISE DAS QUESTÕES DISCURSIVAS DO QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL E DAS ENTREVISTAS

Foram realizadas 7 entrevistas, sendo 3 com egressos da instituição pública e 4 da instituição privada. As entrevistas foram realizadas por plataforma digital e gravadas. Após transcrição foram submetidas à análise de conteúdo por Bardin. Foram criadas 4 categorias temáticas, “O currículo na formação médica”, “Fatores não diretamente relacionados ao currículo que influenciaram a formação médica”, “Atividades desempenhadas após a graduação” e “Relato de experiências durante a graduação”.

A primeira categoria “O currículo na formação médica” foi subdividida nas subcategorias “Percepção quanto às fortalezas do currículo”, “Percepções quanto às

deficiências do currículo” e “Fatores relacionados ao currículo que influenciaram a formação médica”.

Tabela 48 - Percepções sobre às fortalezas do currículo

Unidade de Registro	Código
<p>“De trabalhar em equipe. De saber qual a conduta acadêmica mais adequada, mas de saber com a equipe de enfermagem e da farmácia o que eu tenho de recursos naquele momento para poder solucionar.”</p> <p>“Eu sempre trabalhei muito em equipe assim, sabe? De mim não. Não tive essa dificuldade. Considero uma habilidade. Não tive essa dificuldade específica.”</p>	Trabalho em equipe
<p>“A vivência que a gente teve inclusive supriu algumas demandas, por exemplo, até mais específicas eu diria, em relação ao nosso estudo.”</p> <p>“Mas acho que a formação me deixou alerta em, por exemplo, se eu não sei conduzir poder pedir ajuda de algum parceiro.”</p> <p>“E nossa formação tanto teórico durante o curso básico e clínico, quanto durante o internato, ou melhor, acho que durante os quatro primeiros anos foi muito boa.”</p> <p>“Basicamente, quase tudo, que eu atendo hoje, eu aprendi na faculdade, me foi dada a oportunidade de vivenciar, de estudar, de aprender na prática, então eu reconheço que essas dificuldades talvez sejam minhas mesmo. (...) Mas até hoje desde que eu me formei, desde que eu comecei a trabalhar, não me surgiu nenhuma situação que eu pensasse “nossa se eu tivesse visto isso na faculdade eu saberia”, tudo eu vi. (...) E nos dois, todas as situações que me aparecem, que são eu acho as mais comuns, as mais prevalentes, pelo menos na faculdade e eu aprendi, vi, em algum momento.”</p>	Abordagem dos agravos de saúde mais frequentes
<p>“O paciente que está assim meio jogada na saúde pública. E eu fui um ano lá, com terapeuta ocupacional, psicólogo, foram discussões muito ricas, coisas bem interessantes, que a gente realmente não vê em qualquer faculdade.”</p> <p>“Então a gente teve muito contato com esse trabalho interdisciplinar também. Sempre discutindo coisa com nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta educacional.”</p>	Contato com equipe multidisciplinar
<p>“Desde o primeiro semestre de faculdade a gente já tem contato com as unidades básicas de saúde”</p> <p>“Acho que a aplicação prática nossa, em relação a gente se virar dentro dos serviços, eu acho que nossa formação foi muito boa. (...)”</p> <p>“Desde o início a gente era colocado em contato direto com os pacientes. Desde o primeiro ano da faculdade.”</p>	Inserção precoce nos cenários de prática
<p>“Eu acabei gostando bastante e fiz também o meu eletivo também em atenção básica e vivência também de consultório de rua. Isso eu acho que foi primordial até para a minha atuação, que ainda bem recente, mas isso agregou bastante”</p> <p>“resgatou inclusive várias pessoas de uma visão preconceituosa a respeito da saúde da família e comunidade,”</p>	Internato de Atenção Básica

<p>“Mas eu gostei muito dessa dinâmica de ensino porque desde o primeiro semestre a gente tem atuação, por exemplo, em tutoriais, então é a busca do aluno pelo conhecimento.”</p> <p>“Então eu meio que sinto que aprendi a gerar as demandas do dia a dia e ir atrás do estudo de acordo com elas. E de onde está a informação de confiabilidade.”</p> <p>“Então eu sinto que a faculdade nos proporcionou essa questão do aprendizado, mas não de uma forma assim “eu vou ensinar vocês a fazer isso”. Isso era impregnado no nosso currículo, na forma que a faculdade nos formava, digamos assim.”</p> <p>“Eu acho que lá na faculdade a gente teve um trabalho muito bom nesse sentido de aprender a aprender, desde o primeiro dia na faculdade a gente teve que começar a entender como a gente iria aprender. “</p>	<p>Aprender a aprender</p>
<p>“Então uma coisa que eu senti que eu trouxe da graduação foi um olhar para o gerenciamento, do ponto de vista do racionamento de recursos, sabe? Principalmente racionalização de exames complementares. De aplicar a medicina baseada em evidências quanto a racionalização mesmo. Custos. Do custo que isso tem para o sistema de saúde e para o paciente.”</p> <p>“Então com isso a gente sempre ouvia uma frase, que eu via acontecer na prática, de que a faculdade formava médicos do SUS para o SUS. Então, de fato, toda nossa grade curricular era voltada para assistência médico-hospitalar, para assistência, voltada para o SUS. Então nossos cenários de estudo eram todos da Secretaria, a nossa forma de pensar, e de aplicar os conhecimentos clínicos na prática eram pensados de forma racional (...). Exames laboratoriais, exames complementares, esse exame vai fazer diferença na minha conduta? O que esse exame vai me trazer vai mudar o que eu vou fazer pelo paciente? Senão eu não peço. Mesmo que nos livros e na teoria faz parte do escopo diagnóstico daquele quadro clínico.”</p>	<p>Gerenciamento de recursos</p>
<p>“Eu levo isso como prática, no sentido de, às vezes, a abordagem na consulta e após a consulta, “Nossa. Será que eu coloquei todos os pontos? O que eu posso fazer na próxima consulta? “”</p>	<p>Educação Continuada</p>
<p>“A gente tem no primeiro semestre uma matéria que não faz parte da medicina, é para todos os cursos, mas que é informática. Em informática a gente aprende isso (...). Acabou sendo mais esporádico porque em tutorial, quem buscava artigos para as discussões e colocava isso para os tutores acabava ganhando um certo destaque. Então acho que as pessoas buscavam isso para poder se destacar no tutorial. (...) Então foi muito proveitoso essa parte na minha faculdade. Eu achei.”</p> <p>“A educação em saúde também foi boa, que acabou que a gente aprendeu os métodos de procurar referência mais atualizadas e de como tentar procurar apoio com relação a medicina baseada em evidências”</p>	<p>Medicina Baseada em Evidências</p>
<p>“Na Atenção em Saúde, acho que a gente conseguiu, pelo próprio modelo que é de metodologia ativa, sempre estar pensando na resolutividade dos casos, de como trabalhar, de como procurar os recursos da própria comunidade e afins para trabalhar. Acho que a formação foi boa nesse sentido.”</p> <p>“A parte mais SUS, medicina centrada no paciente, aquela abordagem mais humanizada que a gente aprende na faculdade, isso foi muito bem trabalhado na faculdade”.</p>	<p>Pensar nos aspectos biopsicossociais do paciente</p>

<p>Outra coisa que a gente sempre foi estimulado a fazer durante a graduação foi saber quais medicamentos tinham no SUS e quais não. Quais os paciente ia ter que comprar, por exemplo. (...) De que a gente tinha que pensar clinicamente, mas a gente tinha que pensar no todo do paciente. No contexto social, no contexto econômico, nas vulnerabilidades, que não era só reproduzir o que estava prescrito no livro, copiar e colar e passar para o paciente. Então eu sinto que fazia parte do currículo.”</p>	
<p>“E aí fazia parte do proposto no currículo para nós que a gente entendêssemos a organização do SUS, entendêssemos seus componentes, como eles conversam entre si, a importância de cada componente da rede de atenção. E como a gente podia usar isso a favor do usuário, a favor dos pacientes.”</p>	<p>Conhecer as redes de atenção</p>

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Quanto a primeira subcategoria que trata das fortalezas do currículo observamos diversas menções a abordagem dos temas mais frequentes na prática clínica durante a graduação. Idéia reforçada por trechos como “Mas eu preciso reconhecer que eu acredito que fui bem formada. (...) quase tudo, que atendo hoje, eu aprendi na faculdade” e “A vivência que a gente teve, inclusive, supriu algumas demandas até mais específicas eu diria. (...) Eu acredito que a gente não teve nenhum ponto de falha”. Observou-se também menções ao trabalho em equipe e a inserção precoce nos cenários de prática como fortalezas dos currículos nos campos de Atenção em Saúde.

Diversos egressos consideraram o uso de metodologias ativas de aprendizagem, em que o estudante é estimulado a procurar o conhecimento, como uma fortaleza dos Currículos. “Então eu meio que sinto que aprendi a gerar as demandas do dia a dia e ir atrás do estudo de acordo com elas”, “hoje eu defendo muito o método [PBL] e a forma como as coisas são feitas”, “então eu sinto que toda nossa metodologia foi feita para nos incentivar a aprender a aprender”.

Foi ainda levantado como aspectos positivos dos currículos das duas instituições o aprendizado sobre a abordagem dos aspectos biopsicossociais do paciente, reforçado por trechos como “Eu senti isso ao longo da minha graduação. De que a gente tinha que pensar clinicamente, mas a gente tinha que pensar no todo do paciente. No contexto social, no contexto econômico, nas vulnerabilidades, que não era só reproduzir o que estava prescrito no livro, copiar e colar e passar para o paciente”.

Além disso, alguns egressos da instituição pública trouxeram a questão da racionalização dos recursos de forma a não trazer ônus ao sistema de saúde ou ao paciente. “Então uma coisa que eu senti que eu trouxe da graduação foi um olhar para o gerenciamento de recursos, sabe? Principalmente na racionalização de exames complementares. (...) Do custo que isso tem para o sistema de saúde e para o paciente” e “Exames laboratoriais, exames

complementares, esse exame, o que ele vai me trazer? Vai mudar o que eu vou fazer pelo paciente? Senão eu não peço”. Em contrapartida, nos egressos da instituição privada esse código-tema surgiu como uma fragilidade do currículo. “Talvez estar em uma situação e não saber qual seria a melhor medicação ali, diante do arsenal terapêutico que eu tenho, às vezes a gente se baseia muito no ensino acadêmico, no que seria o melhor, o padrão ouro de medicação, o padrão ouro de tratamento, e às vezes a gente não tem isso na prática”, “Eu ainda tenho um déficit nesse sentido. Entender qual a realidade dali, o que eu posso pedir, até para o meu próprio atendimento” e “às vezes eu não tenho uma noção direito do que seria prioritário em relação a custo-benefício de alguma questão do paciente”.

Tabela 49 - Percepções quanto às deficiências do currículo

Unidade de Registro	Código
“Mas de forma sistemática, sinto falta dessa parte do covid. Sinto falta de algo que tenha me preparado especificamente para um paciente que está em insuficiência respiratória, um paciente crítico, e, ao mesmo tempo, ao nível da atenção primária, de já sair com uma compreensão de cadeia epidemiológica, de afastamento de contatos.”	Condução de casos de insuficiência respiratório e paciente crítico, tratamento e acompanhamento na urgência e ambulatorial de pacientes com COVID.
“Então a comunicação implica uma troca de conhecimento, por mais que tenha alguém que esteja fornecendo o conhecimento técnico, uma instrução, por exemplo, você tem que saber se o outro está entendendo. E felizmente no IESC a gente tinha mais contato com isso, mas dentro da prática dos outros cenários, no contexto da saúde e comunidade, eu acho que tendia a se perder.”	Habilidades de comunicação
“Eu acho que poderia ter tido um pouquinho mais de segurança e formação mesmo para algumas questões de urgência e emergência, mais oportunidades talvez durante o próprio internato, de fazer procedimentos com relação a fazer intubação, acesso central, que numa situação de urgência pode fazer a diferença para o paciente.” “Acho que mais a parte prática mesmo. Essa parte de te dar mais autonomia e independência em relação as condutas mesmo, sabe? Por exemplo a parte de emergências, é uma parte muito falha. Porque você depende de um ACLS para te mostrar como que tem que agir e ainda assim o ACLS fica muito aquém da realidade. Então talvez se a gente tivesse um pouco mais de contato com o dia a dia daquela unidade, não só como observador. Colocar mais simulações, colocar você para tomar mais atitudes, sabe? Seria um pouco mais interessante. Acho que isso vale para todas as áreas.”	Condução de casos de urgência e emergência
“Minha faculdade não teve uma matéria fixa para anatomia. Então como era modelo PBL, eles colocavam anatomia dentro da matéria que estivéssemos estudando. (...) ficou extremamente fragmentado. (...) Foi um defeito enorme.”	Anatomia
“No IESC e no internato de Atenção Básica, que a gente tem 4 períodos, e basicamente nesses dois pontos que a gente pega a maior parte do generalista, vendo o paciente como um todo. Porque nos demais a gente acaba vendo muito direcionado. Está em clínica só vê clínica, está em GO, só vê GO. Mesmo antes do internato acaba sendo assim.”	Visão fragmentada do indivíduo
“Nós não tivemos uma matéria específica para farmacologia, nós íamos vendo de acordo com doenças. Então também muito complicado. A gente não ter farmacologia básica, antes de passar para um pouco mais avançada.”	Farmacologia
“Na parte do saber, conhecer, se a gente for pegar a parte mais técnica, cognitiva, eu tive dificuldade no tratamento para cessão de tabagismo. Coisas	Tratamento de tabagismo

<p>que eu não, que fui revisar assim, em que momento eu tive isso? Não tive.”</p> <p>“Eu senti falta de saber manejar, por exemplo, cessação de tabagismo. Que sempre chega alguém querendo parar, com vontade de parar de fumar e você não sabe nem para onde vai.”</p>	
<p>“Senti falta na parte de psicofármacos na Saúde Mental”</p> <p>“Eu acho que a parte de psiquiatria eu senti muita dificuldade. Quando chega um paciente psiquiátrico é muito difícil. No posto de saúde manejar é muito complicado. Isso a gente vê pouco. Acho que a gente poderia ter aprendido mais.”</p>	Abordagem e tratamento de paciente com transtorno psiquiátrico
<p>“E também alcoolismo. Uma coisa que a gente vê muito em posto de saúde e nas UPAs por ai e o manejo disso parece que não está claro ainda. Não está muito consolidado.”</p>	Abordagem e tratamento de paciente etilista
<p>“Mas do saber-ser, das habilidades de profissionalismo, atitude, senti muita falta de treinamento em consulta clínica, sabe? Entrevista clínica, vamos dizer assim. (...) Puxa! Ninguém me preparou para saber aplicar MCCP direito.”</p>	Consulta clínica
<p>“mas foi uma coisa que eu nunca fui colocado a prova, justamente por ter uma formação hospitalocêntrica. Tirando aquele nosso rodízio de MFC de 10 semanas, era dentro do hospital. Então o ambiente da consulta e os ritos que envolvem uma consulta clínica, eu não me senti treinado”</p>	Formação hospitalocêntrica
<p>“Senti falta de uma...também está vindo muito rápido... a questão da telemedicina, dos recursos tecnológicos. Muita coisa. Whatsapp web. Planilhas virtuais. Muita coisa que era usada aqui em Florianópolis que eu não tive contato durante a graduação. E contato com o paciente via digital. Como gerenciar isso. Em nenhum momento fui treinado para isso. Aprendi na prática aqui.”</p>	Telemedicina
<p>“Em termos de medicina baseada em evidências, acho que a abordagem científica de compreensão e entendimento, isso realmente continua faltando acho que em quase todos os cursos”</p> <p>“Mas na faculdade por si só a gente somente um semestre, o nome da matéria era informática, (...) depois a gente tinha um tutorial de epidemiologia, mas que era bem tradicional, a gente aprendia termos básicos estatísticos (...) A maior parte dos professores tem pouca experiência (...) Mas pra gente eu acho que está um pouco defasado em algum grau.”</p> <p>“A faculdade proporciona que a gente melhore isso, aprofunde isso, dando oportunidade de bolsas de pesquisa, mas dentro da grade curricular acho que ainda é muito pobre, acho que a gente é pouco treinado nesse sentido de interpretar evidência, entender a importância da medicina baseada em evidências de uma forma geral, mas que a iniciativa do aluno acaba sendo mais importante nisso.”</p> <p>“Antes deixa falar de uma coisa que ficou falho também. Essa parte de métodos de pesquisa. Saber ler um artigo, saber pesquisar as informações em bases de dados, isso não foi bem trabalhado. Mesmo para mim, eu que cheguei a fazer pesquisa, ficava muito solto. Muito solto. É você por si mesmo, sabe?”</p> <p>“Eles chegaram a fazer um programa lá pra você em que uma vez por semana você assistia a uma palestra, mas foi muito improdutivo. Ninguém gostava e o negócio era muito chato.”</p>	Medicina baseada em evidências
<p>“Em relação ao IESC acho que muda isso de faculdade para faculdade, mas tem um certo consenso de que a gente acaba não aproveitando tanto durante a faculdade. Eu acho que muitas vezes é um tema impalpável pra gente.(...) Então eu acho que tem uma parte bem grande, por parte do aluno mesmo, uma parte mais difícil mesmo de despertar o interesse infelizmente. (...) Mas acho que tem esse desinteresse por parte do aluno e tem essa dificuldade do</p>	Pouca aplicabilidade dos conteúdos abordados na área

<p>professor de entender porque os alunos não se interessam, porque os alunos não realmente entendem o que está acontecendo ali”</p> <p>“Acabou que a gente não teve tanto ensino sobre isso. Sobre o que seria gestão.”</p> <p>“Mas é complicado porque se você falar com qualquer pessoa, qualquer pessoa na faculdade, pelo menos na minha, odeia IESC. (...) É uma coisa muito triste, porque não é uma matéria ruim em si, mas a forma como ela é dada é muito morosa pra gente. Fica repetitivo, ficam aulas chatas, sobre diretrizes, sobre programas de saúde, que a gente não vê tanto na prática. Mesmo quando vai para prática, gestão acaba sendo uma coisa muito chata pra gente, porque é ouvir reunião, é fazer planilha. Então pessoalmente para maior parte dos colegas foi bem ruim pra gente.”</p> <p>“Três semestres vendo sobre princípios do SUS. Fica repetitivo e você não vê onde aquilo ali está sendo aplicado. E acaba perdendo muito tempo, porque você está dois anos ainda vendo o básico de conhecer o SUS, e você não viu nada disso, e você está ansioso para ver acontecer.”</p> <p>“Eu acho que ele [IESC] realmente é mal aproveitado. Acho que seria uma oportunidade excelente de cenários, de aprendizados e que, pelo menos na formação da faculdade, eu sentia que ficava travado em pontos que não eram tão essenciais na formação.”</p> <p>“a formação de oito semestres no iesc teve muito tempo de desperdício de oportunidades que poderiam ter sido mais bem aproveitadas.”</p> <p>“Até na parte de, por exemplo, formulação de políticas públicas. Políticas públicas a nível comunitário mesmo, que seja. Não tive a prática disso durante a graduação. Não me lembro de ter. Apesar da gente ter um módulo de Saúde Coletiva. Tem uma visita na vigilância. Mas nada estruturado que me fizesse sentir nesses últimos meses de atuação que eu fui treinado para entender as medidas de saúde coletiva.”</p> <p>“Que é pouco prático. Eu não sei. Eu nunca fiz faculdade de medicina em outro lugar. Mas eu tenho a impressão que não seria algo tão valorizado porque pouquíssimos médicos optariam por seguir essa área. Fica focado muito na prática clínica e a parte de gestão fica meio “per passa”, sabe?! Acho que foi isso.”</p> <p>“Agora a parte de gestão, eu acho que foi um pouco carente. A gente não saiu com muito autonomia para saber gerir, ser o chefe de PSF por exemplo. (...) Então essa parte de gestão realmente eu sou um zero a esquerda. Não sei muita coisa não. Mas eles batem muito na tecla. Você tem todo ano, uma vez por semana, essa parte de atenção primária, entender o que é o SUS, como ele funciona e colocar você para atuar ali dentro de acordo com as últimas diretrizes mesmo. Mas essa parte de gestão foi um pouco falha.”</p> <p>“Em que a gente via outras esferas da atenção, relacionados a logística e a burocracia, que não é tão palatável na prática”</p>	de gestão em saúde
<p>“Eu acho que algumas coisas faltaram (...) Talvez estar em uma situação e não saber qual seria a melhor medicação ali, diante do arsenal terapêutico que eu tenho, as vezes a gente se baseia muito no ensino acadêmico, no que seria o melhor, o padrão ouro de medicação, o padrão outro de tratamento, e as vezes a gente não tem isso na prática. Então eu acho que faltou um pouco disso, desse “feeling” médico.”</p> <p>“Mas confesso que no geral, por exemplo na Unidade Básica de Saúde, eu</p>	Gerenciamento de recursos

ainda tenho muito déficit nesse sentido. Entender qual a realidade dali, o que eu posso pedir, até para o meu próprio atendimento.”

“Então assim às vezes a gente tem muito esse problema, mas talvez isso tenha que ser trago mais para a faculdade. Questão de ensino sobre estratégia, própria parte de economia, de gestão de recursos, não só da unidade, mas gestão de recursos do próprio médico, a gente tem muito esse déficit.”

“Mas acho que a parte de gestão ficou realmente a desejar. Porque a gente via um pouco nos conteúdos de IESC, mas não tive uma matéria de gestão diretamente com relação a isso. (...) às vezes, eu não tenho uma noção direito do que seria prioritário em relação a custo-benefício de alguma questão daquele paciente, inclusive para ter uma noção melhor para indicar para unidade de saúde que talvez valesse a pena priorizar.”

“Então as vezes eu ainda sinto essa insegurança do custo-benefício de eu contribuir para o diagnóstico com a acessibilidade dos exames complementares.”

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Já na subcategoria “Percepções quanto às deficiências do currículo”, foi citado por egressos da instituição pública a condução de casos de saúde mental no que se refere a abordagem do tabagismo e alcoolismo e o manejo de medicações psicotrópicas. “Eu tive dificuldade no tratamento para cessão de tabagismo.(...) Não tive!”, “Eu senti falta de saber manejar, por exemplo, cessação de tabagismo”, “Senti falta na parte de psicofármacos na Saúde Mental”, “Eu acho que a parte de psiquiatria eu senti muita dificuldade. (...) Isso a gente vê pouco.”

Além disso, foram citados pelos egressos das duas instituições a dificuldade de condução de casos de urgência e emergência. “Eu acho que poderia ter tido um pouquinho mais de segurança e formação mesmo para algumas questões de urgência e emergência, mais oportunidades talvez durante o próprio internato. De fazer procedimentos com relação a fazer intubação, acesso central, que numa situação de urgência pode fazer a diferença para o paciente” e “Essa parte de te dar mais autonomia e independência em relação às condutas mesmo, sabe? Por exemplo a parte de emergências é uma parte muito falha.” Essa fragilidade também foi citado no questionário auto-aplicável. “Apesar de sermos expostas à emergência e até fazermos cursos fora, creio que a segurança em ser protagonista nesse meio só será possível com muita prática supervisionada (provavelmente na residência) porque no internato não tivemos muitas oportunidades em fazer procedimentos”.

Percebe-se no campo de Gestão em Saúde a maior insatisfação dos egressos, tendo várias menções sobre a dificuldade dos médicos de aplicarem o conhecimento teórico abordado durante a graduação de uma forma prática. “Políticas públicas a nível comunitário mesmo, que seja. Não tive a prática disso durante a graduação”, “que é pouco prático. (...)

Fica focado muito na prática clínica e a parte de gestão fica meio “per passa”, sabe?”, “Em relação ao IESC [interação ensino-serviço-comunidade] acho que muda isso de faculdade para faculdade, mas tem um certo consenso de que a gente acaba não aproveitando durante a faculdade. Eu acho que muitas vezes é um tema impalpável pra gente”, “Acabou que a gente não teve tanto ensino sobre isso. Sobre o que seria gestão. (...) E acabava sendo mais uma demanda de provas, demanda de obrigação, do que propriamente do aprendizado no geral”, “Fica repetitivo, ficam aulas chatas, sobre diretrizes, sobre programas de saúde, que a gente não vê tanto na prática”, “Então às vezes discutia a política pública, pegar o próprio ECA, ou então política nacional do idoso, isso é importante, saber discutir sobre isso é importante, mas leva pouco para a realidade”.

Além disso, foi levantado como fragilidade o aprendizado de medicina baseada em evidências. “a gente teve uma aula sobre o que é medicina baseada em evidências (...). Mas era bem pouco aplicado na prática, até porque a medicina baseada em evidências é uma coisa muito recente”, “acho que a gente é pouco treinado nesse sentido de interpretar evidências, entender a importância da medicina baseada em evidências de uma forma geral, mas que a iniciativa do aluno acaba sendo mais importante nisso”, “essa parte de métodos de pesquisa. Saber ler um artigo, saber pesquisar as informações em bases de dados, isso não foi bem trabalhado”. Esse tema também foi citado no questionário “Pontuo que não me senti treinado durante a graduação em interpretar dados epidemiológicos aplicados à prática clínica, tais como interpretar se é válido um rastreamento a partir do número necessário para rastreamento de certa doença, ou então aplicar resultados de pesquisas clínicas à prática do dia a dia a partir de dados como risco relativo, odds ratio, hazard ratio.”

Foram citados pelos egressos como fatores que influenciaram na formação médica, a participação em atividades extracurriculares, como pesquisa, ligas acadêmicas, centro acadêmico e monitoria, o protagonismo do estudante, a diferença entre os cenários de ensino-aprendizagem entre os estudantes da mesma turma/instituição e a sequência dos rodízios de internato em decorrência da pandemia da COVID-19. “Era uma experiência que só teve quem rodou nos cenários de emergência e atenção primária durante a pandemia”, “o que eu tenho e tive de mão de experiência eu corri muito atrás durante o meu internato”, “então aquelas pessoas que gostavam muito, que se dedicavam demais, que corriam atrás por vontade própria, esse pessoal aprendia”, “acho que acaba fazendo muito mais parte do interesse do aluno”, “a parte acadêmica com relação à pesquisa vai muito mesmo do interesse do aluno”, “como a gente acaba trabalhando muito no contexto da saúde pública no internato, as vezes

fica uma discrepância inclusive dentro dos pares de colegas, dependendo de onde eles rodaram no internato”.

6. DISCUSSÃO

Percebe-se inicialmente que uma parte expressiva dos estudantes (47,8%) teve sua graduação concluída cerca de 2 meses antes da aplicação do questionário o que pode prejudicar a análise dos dados, já que ainda teriam pouca vivência prática no exercício da medicina. Entretanto, sabemos que, a vivência do internato médico já é capaz de sensibilizar no estudante uma reflexão quanto a suas habilidades e competências.

Um dado que chama a atenção é a alta taxa de atividades extracurriculares (95,5%) realizadas pelos estudantes durante o curso de medicina, aqui englobados atividades em ligas acadêmicas, monitorias, projetos de iniciação científica, dentre outras. Questiona-se se o motivo da necessidade de tantos estudantes envolverem-se em atividades extracurriculares não estaria relacionado a uma insegurança quanto ao currículo, sendo necessária complementação dos conteúdos abordados, fugindo assim do objetivo principal das atividades extracurriculares que seria de estimular e aprimorar nos estudantes o conhecimento de determinados temas de interesse.

De um ponto de vista geral, consideramos que o movimento de readequação dos currículos nestas duas instituições após as diretrizes curriculares nacionais de 2001 e 2014 foi exitoso, tendo a maior parte das habilidades e competências listadas nestes documentos sido abordada de forma apropriada durante a graduação médica do ponto de vista dos egressos. Entretanto, alguns aspectos, principalmente no campo de Gestão em Saúde, requerem ainda maior atenção e enfoque.

Ressaltamos, no entanto, a limitação do instrumento proposto por se tratar de uma auto-avaliação em cada uma das competências apresentadas, podendo não refletir apropriadamente as habilidades e competências dos egressos no exercício da prática clínica. Além disso, não podemos descartar a possibilidade dos médicos terem adotado uma posição “protecionista” com relação à sua formação, de forma a não “prejudicar” a avaliação externa com relação à instituição da qual são egressos.

Considerando propriamente a auto-avaliação do currículo no que tange as diretrizes curriculares nacionais, apesar de, pela visão dos estudantes, todos os campos terem sido bem trabalhados durante a graduação, percebe-se um enfoque maior dos currículos no campo da atenção em saúde. Esse dado é esperado em vista de historicamente a formação médica no Brasil sempre estar focada nas competências listadas no campo de atenção à saúde, tendo os campos de gestão em saúde e educação em saúde recebida maior atenção após as diretrizes curriculares nacionais de 2001.

Já o campo de Gestão em Saúde foi o pior avaliado analisando a média global (3,82). Oliveira et al (2011) observou fragilidade semelhante ao analisar o estudo da Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará, tendo 26% dos estudantes apresentado dificuldade em conceituar o termo “saúde coletiva” e 47,7% sugeriram a redução do número de créditos e disciplinas da área de saúde coletiva, levantando uma necessidade de repensar a formulação curricular e a atuação docente.(38)

Outro dado que é importante ressaltar é a diferença de variância nas respostas do campo de Atenção em Saúde entre as duas instituições, sendo esta maior na instituição privada. Isso sugere menor padronização dos cenários de ensino-aprendizagem na instituição privada quando comparada a instituição pública e um perfil de aprendizagem mais variável entre os estudantes, dado também apontado pela fala dos estudantes. “Acho que acaba fazendo muito mais parte do interesse do aluno, da formação mesmo partindo do aluno. Dessa parte de estar tentando aplicar o teórico na prática.” e “às vezes fica uma discrepância inclusive dentro dos pares de colegas, dependendo de onde eles rodaram no internato”.

Interessante notar a diferença encontrada entre as médias das notas atribuídas no campo de Gestão em Saúde entre as duas instituições, apresentando significância estatística. Nesse caso percebe-se que a instituição pública se avalia pior nessa área de competência que a instituição privada, dado intrigante já que se esperava que os alunos da instituição pública estivessem mais envolvidos no campo da gestão por ser uma instituição inserida dentro do Sistema Único de Saúde, com docentes que são também profissionais da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal e, em geral, mais envolvidos nas atividades gerenciais. Acredita-se que isso possa ter acontecido pela diferente estruturação do internato médico da instituição privada no campo da gestão em saúde, aparentemente mais apreciada e atrativa ao graduando, teoria reforçada pela fala de alguns egressos nas entrevistas qualitativas, como “Então, muitas vezes, eu achei que, a exceção do internato que graças a Deus e a nosso coordenador a gente teve uma formação excelente no internato com relação a isso [políticas públicas de saúde]”, “No primeiro e no segundo semestre pelo que me lembro era só uma introdução bem geral mesmo as políticas de saúde pública, como funcionava o SUS hoje em dia no Brasil, quais as instâncias dele, os princípios, as diretrizes. Então a gente reforçava bastante isso(...) . Na nossa [faculdade] a gente ainda tinha, além disso, atividades em campo, então a gente ia muitas vezes para UBS para atender ou realmente fazer alguma visita técnica, a gente foi no Hospital de Apoio (...). A gente teve isso. Além do IESC a gente teve também o internato na parte de Gestão também.”. Apesar destas falas questiona-se se a aparente “segurança” no campo de Gestão não estaria, na verdade, camuflada por uma visão superficial dos conceitos

nas áreas de Saúde Coletiva e Gestão e a uma visão equivocada dos estudantes de que esses temas não são relevantes para a formação médica e, portanto, não seria necessária uma abordagem mais aprofundada destes. Essa visão está reforçada nas falas: “A gente acaba dando valor mais para essa parte clínica e as políticas acabam ficando um pouco de lado. E isso eu acho que em parte por conta dos professores”, “Mas acho que tem esse desinteresse por parte do aluno e tem essa dificuldade do professor de entender porque os alunos não se interessam, porque os alunos não realmente entendem o que está acontecendo ali”, “Mas é complicado porque se você falar com qualquer pessoa, qualquer pessoa na faculdade, pelo menos na minha, odeia IESC. É uma matéria que é sofrida, que é ruim, inclusive tem festa quando acaba.”

Ainda neste campo, considerando as respostas a cada um dos itens, observamos uma diferença significativamente expressiva entre as duas instituições na competência “acessar e utilizar dados secundários e outras informações do território visando ampliar a explicação de causas e efeitos e criar estratégias de enfrentamento dos problemas levantados, considerando sua magnitude, a existência de recursos e a importância técnica, cultural e política do contexto”, tendo a instituição privada demonstrado maior segurança nesse quesito que a instituição pública. Aparenta-se pelos dados que, apesar da estruturação curricular muito semelhante entre as duas instituições, principalmente no ciclo básico, ocorre uma importante diferenciação quando do internato médico no que tange as práticas de saúde coletiva e gestão em saúde. Sugerindo, portanto, uma estruturação mais adequada à aprendizagem destes temas na instituição privada.

O item melhor avaliado no campo de Gestão em Saúde foi “trabalhar em equipe de saúde, de forma colaborativa, com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde, respeitando opiniões diferentes e a diversidade de valores, papéis e responsabilidades no cuidado à saúde”. Esse dado sugere que os estudantes obtiveram a habilidade de trabalhar com equipe multiprofissional, competência de suma importância tanto na prática diária do médico de família e comunidade, quanto de outras especialidades médicas, em que a boa integração entre os membros de uma equipe de saúde repercute diretamente na qualidade do cuidado oferecido aos pacientes e a população. O pior item avaliado no campo foi “avaliar o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação, e utilizar os resultados para promover ajustes e novas ações”. Sugerindo uma necessidade dos currículos apresentarem aos estudantes as ferramentas de auto-avaliação da prática médica e as formas de utilização destas ferramentas para criação de estratégias de melhoria do cuidado ofertado.

No campo de Atenção em Saúde, o item em que os egressos melhor se avaliaram foi: “Realizar exame físico, com o consentimento da pessoa, assegurando a segurança, privacidade e conforto desta, mantendo postura ética, respeitosa e destreza técnica”. Em contrapartida o item pior avaliado foi “Identificar situações de emergência e atuar de forma autônoma e competente nas situações prevalentes de ameaça a vida.” e apenas 20,9% se avaliaram com pontuação 5 neste quesito. Dado também reforçado pela fala dos estudantes, sugerindo uma insegurança dos egressos quanto a lidar com situações de emergência e a necessidade de reforçar essa competência durante a graduação, principalmente no que tange as atividades práticas necessárias a obtenção desta competência.

No campo de Educação em Saúde, não houve diferenças expressivas entre os itens de avaliação, e podemos considerar que os estudantes consideram as habilidades deste campo satisfatórias.

7. CONCLUSÃO

As publicações das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e 2014 iniciaram uma movimentação importante e necessária de readequação dos currículos dos cursos de graduação de Medicina no Brasil. Esse movimento tem sido essencial para adequação da força de trabalho do novo Sistema Único de Saúde, tendo na sua base a Atenção Primária à Saúde.

No presente trabalho percebemos que os programas e diretrizes do Ministério da Saúde foram exitosos em motivar nas instituições analisadas um repensar na formação oferecida, já que as duas instituições adequaram os seus projetos políticos pedagógicos as recomendações das DCNs. Entretanto, questiona-se se as Diretrizes Curriculares foram os únicos motivadores para a elaboração dos projetos pedagógicos, desconsiderando assim o perfil e a “vocação” das instituições. Além disso, apesar das propostas estarem alinhadas com as recomendações nacionais, a aplicabilidade dos conteúdos propostos ainda parece requerer ajustes.

Essa necessidade de ajustes parece ser mais notória nas competências do campo de Gestão em Saúde, sugerindo que a organização dos conteúdos nesses campos seja repensada nas instituições, de forma a demonstrar ao estudante a importância dos temas trabalhados, de sua aplicação na prática clínica diária e possam melhorar a realidade nas quais estão inserido por uma gestão eficaz do seu macro ou microssistema de saúde.

Além disso, é iminente a necessidade de aperfeiçoar a capacidade dos egressos em lidar com situações de emergência e trauma, principalmente considerando o contexto atual da pandemia. Para tanto, parece ser necessário repensar os cenários de prática de forma que o estudante possa atuar diretamente nestas situações, além de uso de outras estratégias de ensino-aprendizagem, como o uso da simulação realística.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CA de, Senger MH, Ezequiel O da S, Amaral E. Alinhamento de Diferentes Projetos Pedagógicos de Cursos de Medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(2):143–51.
2. Cândido PT da S, Batista NA. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(3):36–45.
3. Rocha VXM. Reformas na educação médica no brasil: estudo comparativo entre diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. *Diss Mestr em Saúde Coletiva [Internet].* 2017;1–178. Available from: [http://biblioteca.unisantos.br:8181/bitstream/tede/4441/2/Vinicius Ximenes Muricy da Rocha.pdf](http://biblioteca.unisantos.br:8181/bitstream/tede/4441/2/Vinicius_Ximenes_Muricy_da_Rocha.pdf)
4. Almeida Filho N de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo Recognizing Flexner: an inquiry into the production of myths in medical education in contemporary Brazil. *Cad Saúde Pública [Internet].* 2010;26(12):2234–49. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/03.pdf>
5. Meireles MA de C, Fernandes C do CP, Silva LS e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(2):67–78.
6. Feuerwerker LCM. *Mudanças na Educação Médica e a Residência Médica no Brasil.* Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.
7. García JC. *La educación médica em la América Latina.* Washington DC: Organización Pan-americana de la Salud; 1972
8. Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha J de C, Carvalho AI de. Políticas e sistema de saúde no Brasil [Internet]. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Editora FIOCRUZ; 2012. 575–622 p. Available from: <http://books.scielo.org/id/c5nm2>
9. Marcos M, Demarzo P, Cariri R, De Almeida C, José J, Marins N, et al. *Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina I Guidelines for*

- Primary Health Care Teaching in Undergraduate Medical Education. 2012;36(1):143–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a20v36n1.pdf>
10. Lampert JB, Aguilar-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. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(supl 1):5–18.
 11. MARANHÃO M de A. Educação brasileira: resgate, universalização e revolução. Plano, editor. Brasília; 2004.
 12. Educação M da, Educação CN de, Superior C de E. RESOLUÇÃO N° 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2014 p. 8–11.
 13. Vieira S de P, Pierantoni CR, Magnago C, Ney MS, Miranda RG de. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):189–207.
 14. Kuschnir, R.; Chorny AH. Redes regionalizadas: o Relatório Dawson e a constituição do NHS britânico. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2307–16.
 15. Ceccim RB, Feuerwerker LC. Changes in undergraduate education in the health professions from the perspective of comprehensive training . *Cad saude publica* / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica [Internet]. 2004;20(5):1400–10. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-28744453502&partnerID=40&md5=e50a54d745a8391eb70ca361ae3055f9>
 16. Maia JA. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2015;38(4):566–74.
 17. Giovanella L, Magalhães De Mendonça MH. 16. Atenção Primária à Saúde. In: Fiocruz, editor. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª. Rio de Janeiro; 2013. p. 1100.
 18. Ramos V. Agora Mais Que Nunca. Alto Comissariado da Saúde, editor. Organização Mundial da Saúde; 2008.
 19. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

20. Brasil. Constituição Federal do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Senado [Internet]. 1988; Available from:
<http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/constituicaofederal1988.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Scretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde [Internet]. Vol. 4, Ministério da Saúde. 2006. Available from:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf
22. Amaral JL. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2007;(021):207. Available from:
http://www.portalmedico.org.br/arquivos/duzentos_anos_de_ensino_medico_no_brasil.pdf
23. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Soc.* 2008;
24. ROSEN G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Graal, editor. Rio de Janeiro: Trad. Ângela Loureiro de Souza; 1979.
25. Ros MA da, Pagliosa LF. The Flexner Report: for Good and for Bad. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(4):492–9.
26. Machado CDB, Wuo A, Heinzle M. Brazilian Medical Education : a Historical Analysis of Academic and Pedagogical Education. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(4):66–73.
27. Lampert JB, Aguilar-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. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(suppl 1):5–18.
28. Silva, Luiz Antonio Santini R. daA educação médica e a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1986, v. 2, n. 4 [Acessado 1 Dezembro 2021] , pp. 493-504. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400009>>. Epub 12 Abr 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400009>.
29. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saude. *Clínica Comum itinerário*

- uma formação em saúde. 2013;(August 2014):35–58.
30. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diário Of da União. 2001;
 31. Mendonça MHM de, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. 1ª. Fiocruz, editor. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro; 2018. 610 p.
 32. Bardin L. Análise de conteúdo (Edição revista e actualizada). Lisboa Edições 70. 2015;
 33. Gil AC. Métodos e técnicas da pesquisa social. Educação e Pesquisa. 2008.
 34. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. UFRGS. Vol. 112, The British Journal of Psychiatry. Porto Alegre; 2009. 211–212 p.
 35. Dos Reis EJFB, Dos Santos FP, De Campos FE, De F, Acúrcio A, Leite MTT, et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. Cad Saude Publica [Internet]. 1990;6(1):50–61. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>
 36. Komatsu, André. Comparação dos poderes dos teste t de Student e Mann-Whitney Wilcoxon pelo método de Monte Carlo. Revista Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto. 2017. 4: 121-127. Disponível em:
<https://periodicos.ufop.br/rest/article/view/3351>
 37. Minayo MCS. Ciência, Técnica E Arte: O Desafio Da Pesquisa Social. Minayo, MCS Pesqui Soc Teor e criatividade. 2001;80.
 38. Oliveira, José Alberto Alves et al. A saúde coletiva na formação dos discentes do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2011, v. 35, n. 3 [Acessado 25 Novembro 2021] , pp. 398-404. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000300014>>. Epub 29 Ago 2011. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000300014>.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO AOS EGRESSOS DOS CURSOS DE MEDICINA

O questionário que se segue tem por objetivo analisar os Cursos de Medicina do Distrito Federal quanto à adequação as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Este documento possui duas versões, 2001 e 2014, e traz uma série de orientações as Instituições de Ensino Superior quanto a, por exemplo, aplicação de metodologias ativas durante o curso, inserção precoce em cenários de prática, maior integração do currículo entre outros. Propostas essas nem sempre simples de serem aplicadas pelas instituições. O objetivo desse trabalho é saber como você, egresso de Medicina, avalia a aplicação dessas orientações durante a sua graduação. Lembrando que o questionário não tem caráter avaliativo, seu preenchimento não é obrigatório e sua resposta não será identificada em nenhuma fase do processo. Desde já agradecemos a sua participação nesse projeto.

Caracterização do participante

Data de Nascimento:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Instituição da graduação em Medicina	<input type="checkbox"/> Uniceplac <input type="checkbox"/> UniCeub <input type="checkbox"/> ESCS <input type="checkbox"/> UNB <input type="checkbox"/> UCB
Data de conclusão do curso	<input type="checkbox"/> Primeiro semestre de 2020 <input type="checkbox"/> Segundo semestre de 2020 <input type="checkbox"/> Primeiro semestre de 2021 <input type="checkbox"/> Segundo semestre de 2021
Realizou toda a graduação na mesma instituição?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Realizou alguma atividade extracurricular?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Caracterização das competências adquiridas pelos egressos

Você concluiu o curso médico. A expectativa é que tenha adquirido o conhecimento, as competências e as habilidades aprovadas para a graduação médica, que são estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares em Medicina aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação. Pontue, nas competências abaixo. Até que ponto você as adquiriu em seu aprendizado e se está pronto para executá-las, em uma escala de 1 a 5, sendo o 1 pouca habilidade e o 5 muita habilidade.

Atenção à Saúde

CONHECIMENTO, COMPETÊNCIAS E HABILIDADES	1	2	3	4	5
1. Oferecer cuidado ético, integral e humanizado, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença e as melhores evidências científicas.					
2. Estimular o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades, reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.					
3. Realizar anamnese, abordando a pessoa como um todo, buscando criar vínculo e compreender sua experiência com a doença, suas perspectivas, necessidades e expectativas.					
4. Identificar situações de emergência e atuar de forma autônoma e competente nas situações mais prevalentes de ameaça a vida.					
5. Orientar e organizar a anamnese, utilizando linguagem compreensível, o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas.					
6. Realizar exame físico, com o consentimento da pessoa, assegurando a segurança, privacidade e conforto desta, mantendo postura ética, respeitosa e destreza técnica.					
7. Estabelecer hipóteses diagnósticas e prognóstico, considerando o contexto familiar e os aspectos psicossocioambientais da pessoa sob seus cuidados.					
8. Solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme a necessidade da pessoa, avaliando a possibilidade de acesso aos testes necessários, e considerando a eficiência, eficácia e efetividade dos exames.					
9. Interpretar os resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas e a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados.					
10. Esclarecer a pessoa ou ao responsável sobre os achados encontrados no exame físico e sobre as hipóteses, o prognóstico e o tratamento de forma ética e humanizada.					

11.Registrar e atualizar o prontuário de forma clara, objetiva e legível, buscando torná-lo instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.					
12.Estabelecer planos terapêuticos, considerando a relação custo-efetividade, contemplando as dimensões de promoção e prevenção, tratamento e reabilitação e incorporando a pessoa na decisão terapêutica.					
13.Estabelecer pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário.					
Caso tenha alguma consideração na competência Atenção à Saúde, por favor, disserte sobre isso aqui.					

Gestão em Saúde

CONHECIMENTO, COMPETÊNCIAS E HABILIDADES	1	2	3	4	5
1. Identificar a história da saúde, das políticas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde.					
2. Trabalhar em equipe de saúde, de forma colaborativa, com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde, respeitando opiniões diferentes e a diversidade de valores, papéis e responsabilidades no cuidado à saúde.					
3. Utilizar de diversas fontes para identificar os problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e de modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais.					
4. Acessar e utilizar dados secundários e outras informações do território visando ampliar a explicação de causas e efeitos e criar estratégias de enfrentamento dos problemas levantados, considerando sua magnitude, a existência de recursos e a importância técnica, cultural e política do contexto.					
5. Participar de espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho e construir projetos de					

intervenção em grupos sociais, estimulando a inserção de ações de promoção e educação em saúde e a participação de outros profissionais e segmentos sociais.					
6. Avaliar o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação, e utilizar os resultados para promover ajustes e novas ações.					
Caso tenha alguma consideração na competência Gestão em Saúde, por favor, disserte sobre isso aqui.					

Educação em Saúde

CONHECIMENTO, COMPETÊNCIAS E HABILIDADES	1	2	3	4	5
1. Identificar as necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e, respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um, estimular a curiosidade e a capacidade de aprender.					
2. Escolher estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem individuais e coletivas, estimulando a construção de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada e participando da formação de futuros profissionais.					
3. Utilizar dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses, buscando dados e informações de forma crítica e identificando as necessidades de produção de novos conhecimentos em saúde.					
Caso tenha alguma consideração na competência Educação em Saúde, por favor, disserte sobre isso aqui.					

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Em acordo com as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado participante,

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“DIRETRIZES CURRICULARES PARA O CURSO DE MEDICINA: Implantação no contexto do Distrito Federal”**, desenvolvida por Patrícia de Mello Faria Horta Barbosa, discente do curso de pós-graduação Stricto Sensu da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Mestrado em Saúde da Família – sob orientação do professor Dr. Francisco Eduardo de Campos.

O objetivo principal é analisar o processo de implantação das determinações das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina de 2014 nas instituições de ensino superior do Distrito Federal sob a perspectiva de discentes dos cursos de medicina, almejando refletir sobre as dificuldades na efetivação das propostas e sugerir estratégias para a implantação das prerrogativas no contexto do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

O convite para sua participação deve-se ao seu papel de conculinte do curso de graduação em medicina em instituição do Distrito Federal e a sua vivência do processo de implantação das determinações da DCN 2014 na instituição na qual está se graduando.

Sua participação é voluntária, sem caráter obrigatório, tendo plena autonomia para decidir ou não pela participação, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso opte pela não participação ou desistência da mesma, garantindo a confidencialidade e privacidade das informações prestadas por você. Os riscos da pesquisa são classificados como risco mínimo, devido ao fato de caracterizar-se pela aplicação de questionários e não haver nenhuma manipulação de conduta ou intervenção nas variáveis sociais, educacionais ou comportamentais. Limitam-se, entretanto, ao constrangimento em responder ao questionário proposto, em vista de tratar-se de uma análise da adequação da matriz curricular as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina de 2014 e das suas habilidades e competências adquiridas durante o curso.

Os benefícios apresentam potencial em adquirir uma maior compreensão do processo de adequação das matrizes curriculares e dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de medicina do Distrito Federal às orientações das DCNs e estimular uma reflexão sobre dificuldades e estratégias possíveis para melhor efetivação das propostas, alcançando assim o objetivo final de adequar a formação médica às necessidades do Sistema único de Saúde.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico, sob guardo do pesquisador, pelo período de 5 anos após o término da pesquisa.

Sua participação consistirá em responder a um questionário online em que serão realizadas perguntas fechadas, cujo tempo aproximado é de 15 minutos. A entrevista será armazenada em arquivos digitais e físicos, com acesso somente por parte da pesquisadora e orientador, com garantia de sigilo de identidade dos participantes da pesquisa.

Os resultados serão divulgados durante a dissertação e artigos científicos.

Os participantes receberão uma via deste termo por e-mail, constando todos os dados do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FIOCRUZ).

Ocorrendo dúvidas quanto à condução da pesquisa, poderá haver contato com o CEP da ENSP/FIOCRUZ, instância esta que têm como objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, garantindo o cumprimento dos padrões éticos em pesquisa, monitorando o andamento do projeto e da proteção aos direitos dos participantes.

E-mail CEP ENSP/FIOCRUZ – cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Avenida L3 Norte, S/N – Campus Universitário Darcy Ribeiro, DF, 70910-900.

Patrícia de Mello Faria Horta Barbosa

Telefone: (61)98126-9342

E-mail da pesquisadora: pathymello@gmail.com

Endereço institucional da pesquisadora: Unidade básica de saúde nº 12 de samambaia, Quadra 212 AE 16 –
Samambaia/DF.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: _____