

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA**  
**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Maria Valéria Pavan**

**A REFORMA CURRICULAR EM UM CURSO DE MEDICINA: DETERMINANTES  
EXTERNOS E INTERNOS E O IMPACTO SOBRE O TRABALHO DOCENTE**

**SOROCABA/SP**

**2016**

**Maria Valéria Pavan**

**A REFORMA CURRICULAR EM UM CURSO DE MEDICINA: DETERMINANTES  
EXTERNOS E INTERNOS E O IMPACTO SOBRE O TRABALHO DOCENTE**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Marques

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Helena Senger

SOROCABA/SP

2016

### Ficha Catalográfica

Pavan, Maria Valéria

P362r        A reforma curricular em um curso de medicina : determinantes externos e internos e o impacto sobre o trabalho docente / Maria Valéria Pavan. -- 2016.

151 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Marques

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Senger

Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2016.

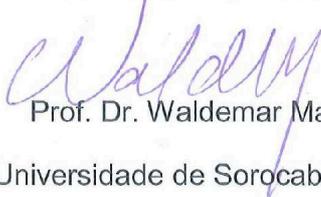
Maria Valéria Pavan

**A REFORMA CURRICULAR EM UM CURSO DE MEDICINA:  
DETERMINANTES EXTERNOS E INTERNOS E O IMPACTO  
SOBRE O TRABALHO DOCENTE**

Tese aprovada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Doutor no programa de  
Pós Graduação em Educação da  
Universidade de Sorocaba

Aprovada em: 03/02/2016

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Waldemar Marques

Universidade de Sorocaba (Uniso)



Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC)



Prof.ª Dr.ª Regina Maria Giffoni Marsiglia,

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC)

---



Prof.ª Dr.ª Maria Alzira de Almeida Pimenta

Universidade de Sorocaba (Uniso)



Prof. Dr. Pedro Laudinor Goergen

Universidade de Sorocaba (Uniso)

Dedico esta tese aos docentes da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba, que participaram desta pesquisa com atenção, receptividade e carinho. Sem vocês essa tese não existiria.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Waldemar Marques e à minha coorientadora, Profa. Maria Helena Senger pela paciência e dedicação durante todo o processo. Vocês estiveram lá todas as vezes que eu precisei. E não foram poucas! Sem vocês eu certamente não teria chegado até aqui. Mas, mais importante que o fim, foi o percurso. Trabalhar com vocês fez desse caminho um passeio, com objetivos claros, mas com belas paisagens.

Aos docentes do programa de Pós-graduação em Educação da UNISO, em especial aos professores José Dias e Pedro Goergen, por terem me recebido, muito obrigada!

Meus sinceros agradecimentos à Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, minha querida "Faculdade de Medicina de Sorocaba", que tem me recebido de braços abertos, ao longo destes quase 30 anos, como aluna e como pesquisadora.

A Amanda, minha secretária, muito abrigada pela paciência e dedicação.

Agradeço também as amigas do “grupo meninas 37” e do “grupo corrida”. E há quem diga que a internet separa as pessoas! Vocês me mantiveram conectada com a vida!

À família Almeida, e todos os agregados, meus carinhosos agradecimentos! Vocês colocam “cor” no caminho por onde passam. À Juliana e à Paula, meu carinho especial.

Agradeço a toda minha família querida. Em especial meus pais, incansáveis, minhas irmãs, meus cunhados, meu sobrinho e minhas sobrinhas, parte da minha vida. O que fazer sem uma família que de lastros?

À Marina e à Luiza, meus grandes amores, minhas paixões incondicionais, minha vida. Estar com vocês tem se misturado com tudo que eu faço. Vocês têm iluminado todo o meu caminho. Agradeço a Deus por vocês existirem.

Ao Fernando, o que dizer? Muito obrigada por me apresentar ao mundo da pesquisa científica já nos primeiros anos da faculdade. Isso mudou a minha vida. Infelizmente ou felizmente a vida nos separou nos caminhos da ciência, mas acredito que nos divertimos muito enquanto estivemos juntos e tivemos alguns encontros muito produtivos ao longo destes anos. Muito obrigada pela paciência, por estar lá sempre para me ajudar. Mas, principalmente, obrigada pelo seu silêncio (que às vezes me irritava, confesso), sempre trabalhando no computador ali ao lado. Tarefa difícil, eu imagino, diante de alguém que tem tanto para aprender. Você me amparou, mas permitiu que eu cometesse meus erros, encontrasse meus caminhos e chegasse até aqui. Meu eterno amor.

E a Deus, toda minha gratidão e alegria de viver.

## RESUMO

Em 2006, o Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, *Campus* Sorocaba, FCMS da PUC-SP, alterou seu projeto pedagógico para utilizar métodos ativos de ensino/aprendizagem. Este estudo de caso buscou identificar e analisar os principais determinantes externos e internos da reforma curricular e avaliar o impacto desta mudança sobre o trabalho docente. O trabalho foi uma cooperação entre o Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, UNISO e a FCMS da PUC-SP. A pesquisa bibliográfica e a análise documental disponível na FCMS da PUC-SP foram utilizadas para analisar os determinantes externos e internos da reforma curricular, isto é, buscou-se entender e contextualizar temporalmente os movimentos sociais, institucionais e as intenções de órgãos governamentais da educação e da saúde buscando promover mudanças curriculares nos cursos de medicina no Brasil, que pudessem adequar o perfil do médico formado às necessidades da população e do Sistema Único de Saúde, o SUS. Os dados sugerem que a proposta da FCMS da PUC-SP buscava atender a insatisfação da comunidade acadêmica, mas trazia, já na sua origem, os mesmos princípios norteadores das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001 e se adequava às necessidades geradas pelo SUS. Para avaliar o impacto sobre o trabalho docente, foi construído um questionário respondido por mais de 50% dos professores e realizadas entrevistas com seis docentes que viveram a reforma curricular. De maneira geral, os docentes que responderam o questionário têm uma visão positiva do curso, com 63,7% dizendo-se satisfeitos com o trabalho e 69,6% motivados para o trabalho. Em aspectos mais específicos, esta visão positiva diminuiu, sendo as instalações físicas e a qualidade do profissional formado consideradas adequadas por 51% e 57,8% dos docentes, respectivamente. A inserção dos alunos em atividades na atenção primária desde o início do curso foi considerada importante para a formação do futuro médico por 90,2% dos docentes, que também consideram a organização dos alunos em pequenos grupos positiva para o aprendizado, para a interação professor/aluno e para a atividade do professor. Os docentes indicaram o modelo pedagógico e a motivação dos alunos como fatores que facilitam o progresso do currículo. Entre os fatores que dificultam o andamento do curso, os mais citados foram as dificuldades na avaliação dos alunos e a falta de capacitação contínua dos docentes. As entrevistas confirmaram a boa aceitação do método pedagógico em prática e esclareceram questões levantadas na análise do questionário, entre elas, a importância da participação dos alunos no processo de ensino/aprendizagem e a influência que as dificuldades em relação à infraestrutura, à avaliação do aluno e à capacitação dos docentes exercem sobre as atividades diárias dos docentes. Em conclusão, a avaliação constante do processo de ensino e a rápida tomada de decisão institucional são necessárias para manter o currículo vivo.

**Palavras-chave:** Currículo. Docente. Educação Superior. Educação em saúde. Educação médica.

## ABSTRACT

In 2006 the School of Medicine of the Faculty of Medical and Health Sciences at PUC/SP (FCMS at PUC-SP) changed its pedagogical project aiming to use active teaching/learning methodologies. For this study we consider identify and analyze the main external and internal determinants of curriculum reform of the Medical School of the FCMS at PUC-SP and assess the impact of change on the faculty work. We conducted a joint work between the Post-Graduate Program in Education at the University of Sorocaba (UNISO) and FCMS at PUC-SP. Bibliographical research and document analysis available at PUC-SP FCMS were used to analyze the external and internal determinants of curriculum reform, that is, we sought to understand and temporarily contextualize the intentions of social movements, institutions, educational and health government agencies seeking to promote curricular changes in medical courses in Brazil, aiming to adequate the doctor's profile to the needs of the population and the Unified Health System (SUS). The data suggest that the proposal of FCMS at PUC-SP sought to meet the dissatisfaction of the academic community, but it had, already in its origin, the same guiding principles of the 2001 National Curriculum Guidelines for Undergraduate in Medicine and suited to the needs generated by SUS. To assess the impact on the teaching was built a questionnaire answered by more than 50% of faculty and were conducted open interviews with six teachers who experienced the curriculum reform. In general, teachers who answered the questionnaire have a positive view of the course, with 63.7% saying that they were satisfied with their work and 69.6% reported to be motivated to work. In more specific aspects, this positive vision decreases, and the physical facilities and the quality of the formed physicians were considered adequate by 51% and 57.8% of the teachers, respectively. The inclusion of students in activities in primary care since the beginning of the course was considered important for the formation of the future physicians for 90.2% of the teachers, who also consider that the organization of students into small groups is positive for learning, for teacher/student interaction and for the activity of the teacher. Teachers indicated the pedagogical model and student motivation as factors that facilitate curriculum progress. Among the factors that hinder the progress of the course, the most cited were difficulties in the assessment of students and the lack of teacher's continuous development. The interviews confirmed the good acceptance of the method and clarified issues raised in the questionnaire analysis, including the importance of student participation in the teaching/learning process and the influence that the difficulties in relation to infrastructure, student assessment and teacher development exert on the daily teachers activities. In conclusion, the constant evaluation of the teaching process and rapid institutional decision-making are necessary to maintain the curriculum alive.

**Keywords:** Curriculum. Faculty. Higher education. Medical education. Health education.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABEM</b>	Associação Brasileira de Educação Médica
<b>ABP</b>	Aprendizagem Baseada em Problemas
<b>AMA</b>	American Medical Association
<b>CCMB</b>	Centro de Ciências Médicas e Biológicas
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CINAEM</b>	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
<b>CME</b>	Council on Medical Education
<b>CREMESP</b>	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
<b>FCMS</b>	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
<b>FAMEMA</b>	A Faculdade de Medicina de Marília
<b>GMC</b>	General Medical Council
<b>IDA</b>	Integração Docente Assistencial
<b>IES</b>	Instituições de Ensino Superior
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>LDB</b>	Lei de Diretrizes e Bases de Educação
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>Mini-CEX</b>	Mini Clinical Evaluation Exercise
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana da Saúde
<b>PAS</b>	Prática de Atenção à Saúde
<b>PROMED</b>	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares no Curso de Medicina
<b>PUC-SP</b>	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
<b>SBPC</b>	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento Livre Esclarecido
<b>UEL</b>	Universidade Estadual de Londrina
<b>UNISO</b>	Universidade de Sorocaba

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Satisfação dos docentes em exercer as suas atividades na FCMS da PUC-SP de acordo com os anos do curso em que tem atividade.....	83
Gráfico 2 - Motivação dos docentes para exercer as suas atividades na FCMS da PUC-SP ...	83
Gráfico 3 - Opinião dos docentes sobre a qualidade do Curso de Medicina da PUC-SP .....	84
Gráfico 4 - Opinião dos docentes sobre a qualidade do médico formado pelo curso de Medicina da PUC-SP de acordo com os anos do curso em que tem atividade. ....	84
Gráfico 5 - Opinião dos docentes sobre a adequação das instalações físicas da FCMS da PUC-SP.....	85
Gráfico 6 - Opinião dos docentes sobre a adequação dos equipamentos disponibilizados para o curso de Medicina da PUC-SP, de acordo com os anos do curso que o docente tem atividade.....	86
Gráfico 7 - Opinião dos docentes sobre a importância da inserção do aluno na atenção primária desde o início do curso, de acordo com os anos do curso que o docente tem atividade.....	86
Gráfico 8 - Opinião dos docentes que atuam do 1º ao 3º ano sobre a divisão dos alunos em pequenos grupos para realizar grande parte das atividades de aprendizagem no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	87
Gráfico 9 - Opinião dos docentes que atuam do 4º ao 6º ano sobre a divisão dos alunos em pequenos grupos após a reforma curricular na FCMS da PUC-SP .....	87
Gráfico 10 - Opinião dos docentes que atuam do 1º ao 6º sobre a divisão dos alunos em pequenos grupos após a reforma curricular na FCMS da PUC-SP.....	88
Gráfico 11 - Opinião dos docentes sobre os fatores que influenciam o bom andamento do curso na FCMS da PUC-SP. Respostas à pergunta aberta. ....	89
Gráfico 12 - Opinião dos docentes sobre os fatores que dificultam o andamento do curso na FCMS da PUC-SP Respostas à pergunta aberta.....	89
Gráfico 13 - Avaliação quantitativa da visão dos docentes sobre as respostas a 1º parte do questionário. (102 docentes).....	104
Gráfico 14 - Avaliação quantitativa da visão dos docentes sobre as respostas a 2º parte do questionário. (73 docentes).....	105

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ano do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP em que são realizadas as atividades docentes. ....	73
Tabela 2 - Satisfação dos docentes com suas atividades no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	74
Tabela 3 - Motivação dos docentes com suas atividades no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	75
Tabela 4 - Opinião dos docentes sobre a qualidade do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	76
Tabela 5 - Opinião dos docentes sobre a qualidade do médico formado pelo Curso de Medicina da FCMS.....	77
Tabela 6 - Adequação das instalações físicas disponibilizadas para o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP. ....	78
Tabela 7 - Adequação dos equipamentos disponibilizados para o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	79
Tabela 8 - Importância da inserção do estudante em atividades na atenção primária, desde o primeiro ano do.....	80
Tabela 9 - Efeito da organização dos alunos em pequenos grupos sobre a aprendizagem do aluno do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP. ....	81
Tabela 10 - Efeito da organização dos alunos em pequenos grupos sobre a interação professor/aluno do Curso de .....	81
Tabela 11 - Efeito da organização dos alunos em pequenos grupos sobre suas atividades como professor do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP. ....	82
Tabela 12 - Satisfação dos docentes com as mudanças nas atividades de ensino desencadeadas pela reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	91

Tabela 13 - Opinião dos docentes sobre a influência da reforma curricular sobre seu trabalho no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	91
Tabela 14 - Opinião dos docentes sobre a influência da reforma curricular na qualidade do Curso de Medicina.....	92
Tabela 15 - Opinião dos docentes sobre a influência da reforma curricular na qualidade das instalações físicas disponibilizadas para o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.....	92
Tabela 16 - Opinião dos docentes sobre a influência da reforma curricular sobre a disponibilidade de equipamentos para o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP. ....	93
Tabela 17 - Opinião dos professores sobre a influência da mudança da metodologia de ensino (tradicional para metodologias ativas) sobre o trabalho docente do curso de medicina da FCMS da PUC-SP.....	94
Tabela 18 - Opinião dos docentes sobre a influência da mudança da metodologia de ensino (tradicional para metodologias ativas) sobre a qualidade do médico formado pela FCMS da PUC-SP. ....	94
Tabela 19 - Opinião dos docentes sobre a influência da mudança do modelo de ensino organizado em disciplinas para o modelo interdisciplinar sobre o trabalho docente no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP .....	95
Tabela 20 - Opinião dos docentes sobre a influência da mudança do modelo de ensino organizado em disciplinas para o modelo interdisciplinar sobre a qualidade do médico formado pela FCMS da PUC-SP .....	96
Tabela 21 - Opinião dos docentes sobre a influência da extensão do internato para os dois últimos anos do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP sobre o trabalho do professor. ....	97
Tabela 22 - Opinião dos docentes sobre a influência da extensão do internato para os dois últimos anos do Curso de Medicina sobre a qualidade do médico formado pela FCMS da PUC-SP. ....	97

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>17</b>
<b>3 BREVE RETROSPECTO .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Um resumo da história do ensino médico.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 A Universidade e a Faculdade de Medicina no Brasil.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Um pouco sobre a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo .....</b>	<b>25</b>
<b>3.4 A Faculdade de Medicina de Sorocaba .....</b>	<b>26</b>
<b>3.5 O novo currículo do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP .....</b>	<b>27</b>
<b>4 OS MODELOS DE ENSINO MÉDICO EM DISCUSSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 O Relatório Flexner .....</b>	<b>30</b>
4.1.1 Flexner no Brasil .....	31
<b>4.2 Metodologias ativas de ensino/aprendizagem .....</b>	<b>33</b>
4.2.1 Aprendizagem Baseada em Problemas .....	33
4.2.2 Metodologia da Aprendizagem Baseada na Prática .....	36
4.2.3 Metodologia da Problematização .....	36
4.2.4 Aprendizagem baseada na pesquisa, ou por projetos .....	37
<b>5 DETERMINANTES DA REFORMA CURRICULAR.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Determinantes externos da reforma curricular .....</b>	<b>39</b>
5.1.1 A saúde como um direito.....	39
5.1.2 O papel do poder público .....	42
5.1.3 Formação de recursos humanos.....	43
<b>5.2 Determinantes internos da reforma curricular .....</b>	<b>47</b>
<b>6 IMPACTOS DA REFORMA CURRICULAR.....</b>	<b>57</b>
<b>6.1 Modelo atual do Curso de Medicina da FMCS da PUC-SP .....</b>	<b>58</b>
<b>6.2 Estrutura física da Faculdade de Medicina .....</b>	<b>61</b>
<b>6.3 Estrutura Administrativa .....</b>	<b>62</b>
6.3.1 Coordenador de curso.....	63

6.3.2 Comissão de elaboração de problemas .....	64
6.3.3 Comissões de série .....	64
6.3.4 Comissão de avaliação .....	65
<b>6.4 Matriz Curricular .....</b>	<b>65</b>
6.4.1 Tutoria .....	65
6.4.2 Prática de Atenção à Saúde (PAS) .....	66
6.4.3 Sustentação aplicada.....	66
6.4.4 Sustentação Teórica.....	66
6.4.5 Habilidades .....	67
6.4.6 Estudo autodirigido: .....	67
6.4.7 Área do aluno .....	68
<b>6.5 Avaliação .....</b>	<b>68</b>
<b>6.6 Cenários de prática.....</b>	<b>70</b>
<b>7 O QUE OS DOCENTES DIZEM SOBRE A REFORMA CURRICULAR.....</b>	<b>72</b>
<b>7.1 O questionário semiestruturado.....</b>	<b>72</b>
7.1.1 Uma visão do grupo.....	73
7.1.2 Uma visão de acordo com os diferentes anos de atividade no curso.....	82
7.1.3 Respostas às questões abertas: fatores que favorecem e dificultam o andamento do curso .....	88
7.1.4 Docentes que iniciaram as atividades antes de 2006: respostas às questões fechadas ...	90
<b>7.2 Um olhar a mais para os números .....</b>	<b>102</b>
<b>7.3 Os docentes e a reforma curricular – um olhar para além dos números.....</b>	<b>105</b>
7.3.1 Mudanças desencadeadas pela reforma curricular .....	106
7.3.2 O trabalho docente.....	108
7.3.3 A infraestrutura oferecida .....	109
7.3.4 Quanto à qualidade do Curso de Medicina.....	111
7.3.5 Quanto à qualidade do médico formado.....	112
7.3.6 Capacitação, aperfeiçoamento dos docentes .....	113
7.3.7 Avaliação da aprendizagem.....	114
7.3.8 A evolução do Curso de Medicina .....	116
7.3.9 Sugestões .....	117

<b>7.4 Considerações sobre o processo da reforma .....</b>	<b>118</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>133</b>
<b>Carta de encaminhamento e aprovação do projeto de pesquisa pela FCMS da PUC-SP .....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>136</b>
<b>Questionário Semiestruturado .....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>141</b>
<b>Carta Convite – Professores .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>142</b>
<b>Termos de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>143</b>
<b>Relatório da 1ª Reunião do Colegiado da UNISO .....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>144</b>
<b>Parecer consubstanciado do CEP .....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO C .....</b>	<b>146</b>
<b>Grade Curricular Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP em 2004 .....</b>	<b>146</b>
<b>ANEXO D .....</b>	<b>150</b>
<b>Matriz Curricular do Curso de Medicina .....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO E .....</b>	<b>151</b>
<b>Exemplo de Distribuição de Atividades.....</b>	<b>151</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Finalizado o trabalho de elaboração do projeto, revisão bibliográfica, coleta dos dados, discussão das propostas, entre outras etapas que levam a conclusão de uma pesquisa para a defesa de uma tese de doutorado, coloca-se a questão da busca pela melhor maneira para apresentar este caminho percorrido. Neste sentido, aqui será apresentada uma sequência que busca situar a educação médica, objeto de pesquisa, no contexto atual, tentando esclarecer as justificativas e os objetivos deste estudo. Em seguida, trará a apresentação da metodologia utilizada, procurando elucidar os procedimentos utilizados ao longo desta pesquisa. Nos capítulos seguintes será apresentada uma revisão dos temas abordados na construção desta tese, fazendo um paralelo entre as referências utilizadas para a abordagem dos temas propostos e os dados obtidos com esta pesquisa.

A educação médica convive hoje com dois modelos principais para o ensino da medicina. De um lado, um modelo chamado tradicional, oriundo no final do século XIX, difundido a partir do Relatório Flexner que foi construído no início do século XX, nos Estados Unidos da América (EUA) (BAUM; AXTELL, 2005; BECK, 2004; COOKE et al., 2006; FLEXNER, 1910). Este modelo tem sido usado no Brasil desde meados do século XX e continua em prática na maior parte dos cursos de medicina do país, mesmo nas Instituições de Ensino Superior (IES) mais tradicionais e bem-conceituadas. É colocado por muitos como um método que se utiliza da transmissão do conhecimento, sendo o aluno passivo diante de um conteúdo de ensino fechado, previamente estabelecido pelo docente, baseado nas especializações. Além disso, é um modelo de atendimento em hospitais, com o enfoque do estudo na doença e da sua cura (BAUM; AXTELL, 2005; LAMPERT, 2008). Do outro lado, as metodologias ativas, um modelo de educação médica de origem no final da década de 1960, com foco no processo de ensino, ancorado na aprendizagem a partir do enfrentamento de problemas, no estudante como agente de construção do seu conhecimento, na integração dos conteúdos das ciências básicas e clínicas, na inserção do estudante em práticas médicas desde o início do curso e na aproximação do aluno às reais necessidades da população (BAUM; AXTELL, 2005; BERBEL, 1998). Este modelo tem sido preferido pelas novas escolas médicas no Brasil e estimulado pelas últimas diretrizes para os cursos de medicina (BERBEL, 1998; BRASIL, 2001, 2014; LAMPERT, 2008).

Ao longo dos anos, de maneira bastante frequente, tem sido questionado o que um e outro modelo de ensino da medicina representa em termos de qualidade na formação médica.

Vários estudos estabelecem a comparação entre o modelo tradicional e o uso das metodologias ativas como objeto de pesquisa (COLLIVER, 2000; GOMES, 2009; KAUFMAN; MANN, 1996, 1997, 1998; KOH et al., 2008; LAMPERT, 2008; MILLAN et al., 2012; NOUNS et al., 2012; SCHAUBER et al., 2015). Permeia a pesquisa da educação médica o questionamento constante de quanto o novo modelo representa um avanço efetivo no que se refere à qualidade do médico formado.

Além da atenção com as propostas pedagógicas utilizadas para o ensino da medicina, a educação médica também se coloca como um agente dos movimentos de mudança na construção do profissional que irá atender as demandas sociais, dentro do contexto das políticas de saúde, sofrendo sua influência direta ou indiretamente. Assim, as articulações entre as IES, as políticas públicas de saúde, as necessidades do sistema público de saúde, o apelo do mercado de trabalho e os anseios da sociedade também se colocam como perguntas de grande relevância que demandam o fortalecimento de linhas de pesquisa que sinalizem a direção que a educação médica deve seguir.

Na esteira destas indagações, a presente pesquisa se ocupa de um estudo de caso sobre educação médica em uma universidade Comunitária Confessional, a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS da PUC-SP), cuja experiência na formação médica ultrapassa meio século e, nos anos recentes, passou por uma reforma curricular que provocou fortes impactos em diferentes níveis de sua organização acadêmica, administrativa e prática pedagógica.

Como esperado, a renovação do projeto pedagógico de um curso que integra uma IES como a PUC-SP, que tem na sua história uma grande valorização do processo democrático, dentro e fora da Instituição (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2015) não ocorre de maneira imposta, e sim, faz parte da resposta a uma série de acontecimentos externos e internos à Instituição. Além disso, as mudanças nas práticas diárias, geradas por novas propostas pedagógicas nem sempre são absorvidas por todos os membros da comunidade acadêmica com o mesmo entusiasmo, exigindo inúmeras estratégias para que sejam implantadas e se mantenham (FEUERWERKER, 1999, 2002). Sempre é interessante enfatizar que qualquer reforma só alcançará suas metas e objetivos se os agentes que a protagonizam tornam tal reforma efetiva. Caso contrário, irá se limitar à letra morta, restrita, quando muito, aos documentos que a propõem.

Diante do exposto, algumas questões se colocam como fundamentais em relação ao processo de mudança desencadeado pela reforma curricular de 2006 no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP e merecem respostas. Entre elas, o que motivou o surgimento de uma nova

proposta de formação médica no Curso de Medicina depois de 50 anos de história de ensino nos moldes tradicionais de formação médica? Quais foram as mudanças operadas na prática docente? Qual a percepção do docente a respeito destas mudanças no currículo atual?

Em decorrência destas perguntas, constituem-se como objetivos desta pesquisa:

### **Objetivo geral**

Avaliar o impacto da reforma curricular sobre o trabalho docente.

### **Objetivos específicos**

- Identificar e analisar os principais determinantes externos e internos da reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.
- Descrever a reforma curricular
- Conhecer a percepção dos docentes sobre as mudanças operadas.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Esta tese foi um trabalho de colaboração entre a pós-graduação da Universidade de Sorocaba (UNISO) e a FCMS da PUC-SP. A Professora Dra. Maria Helena Senger, que gentilmente aceitou o convite para representar a FCMS da PUC-SP, teve seu nome submetido e aprovado na 1ª REUNIÃO DO COLEGIADO DA UNISO, DATA: 18/04/2012 (ANEXO A).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e um estudo de caso, tendo como objeto a Educação Médica.

Visando à construção do projeto de pesquisa e do planejamento adequado do material e métodos utilizados foi realizada uma revisão da literatura relacionada aos recursos metodológicos propostos, principalmente para a pesquisa de campo, tais como a abordagem qualitativa, adequação do questionário e o treinamento do investigador para a aplicação dos métodos escolhidos (BOGDAN; BIKLEN, 1991; BOYNTON, 2004; BOYNTON; GREENHAL, 2004; LEFEVRE F; LEFREVE A, 2010; LÜDKE; ANDRÉ, 1986; MINAYO; DESLADES; GOMES, 2011; MOROZ; GIANFALDONI, 2006; RINGSTED et al., 2011; SELLTIZ, 1975; TAQUETTE; MINAYO, 2015). O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pela Coordenação do Curso de Medicina, pela Comissão de Avaliação da Graduação, Coordenação do Programa de Pós-Graduação e pela Direção da FCMS da PUC-SP e, após aprovação (APÊNDICE A), foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Sorocaba (ANEXO B).

Para aproximar o pesquisador das mudanças desencadeadas pela reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP, discutidas nesta tese, participei de várias atividades acadêmicas, como ouvinte, voluntária e aprendiz. Esclareço que fui aluna do Curso de Medicina no modelo tradicional de ensino, entre 1987 e 1992, o que foi fator facilitador para a realização desta pesquisa.

Para identificar os possíveis determinantes externos e internos da reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP, a pesquisa foi direcionada, buscando entender e contextualizar temporalmente os movimentos e as intenções de órgãos governamentais das áreas da educação e da saúde que levaram às mudanças curriculares nos cursos da área da saúde, em especial da medicina, a partir do final do século XX. Para isso, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e em documentos disponível na FCMS da PUC-SP.

Para a análise dos determinantes externos, foi feita uma revisão histórica, que, como descrito por Luna (1996), pudesse ajudar a entender a inserção de determinados fatores dentro do assunto em estudo, a educação médica, e suas implicações nas mudanças ocorridas. Assim, foi traçado um paralelo entre as orientações da Constituição do Brasil de 1988; as orientações do Ministério da Saúde e da Educação; as conquistas dos movimentos sociais; as iniciativas governamentais através de apoios financeiros disponibilizados no período e o conteúdo do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP em prática desde 2006, analisando o que este contemplava destas orientações. Tomou-se como ponto de partida a Constituição do Brasil de 1824 (BRASIL, 1824), passando pela Constituição do Brasil de 1934 (BRASIL, 1934), pela Constituição do Brasil de 1946 (BRASIL, 1946), pela Constituição do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), pela lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) que regulamenta o SUS, pela ata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001 (BRASIL, 2001) e pelas Diretrizes do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares (PROMED) (BRASIL, 2002). Ainda foi considerado como um fator externo o Projeto Pedagógico Institucional da PUC-SP (2004).

Para a avaliação dos determinantes internos, foi realizada uma análise documental, considerando documentos “[...] quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano.” (PHILLIPS, 1974 apud LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38) e permita “[...] identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse” (CAULLEY, 1981 apud LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38). Foram feitas buscas nos arquivos da FCMS da PUC-SP, tentando identificar evidências da participação da comunidade acadêmica nos movimentos sociais, políticos e governamentais identificados na pesquisa dos determinantes externos.

No sentido de investigar o impacto da mudança curricular sobre a comunidade acadêmica, em particular, sobre o trabalho dos docentes do curso, foi enviado um questionário semiestruturado a todos os docentes (APÊNDICE B) e foram realizadas entrevistas com alguns docentes do curso.

A construção do questionário levou em consideração buscar a opinião dos docentes do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP sobre as mudanças na infraestrutura, na matriz curricular e na metodologia de ensino desencadeadas pela reforma curricular de 2006 e a influência destas mudanças sobre o trabalho docente, a qualidade do curso e do médico formado pela Instituição. Essas mudanças foram identificadas ao longo da pesquisa pela avaliação documental, pela observação do cotidiano pelo pesquisador e pelas contribuições da

coorientadora, docente da Instituição. As questões referentes à infraestrutura, matriz curricular e metodologia de ensino foram categorizadas baseadas no trabalho de pesquisa.

O questionário (APÊNDICE B) tem duas partes. A primeira parte para ser respondida por todos os docentes que desejassem participar da pesquisa e a segunda parte, que só deveria ser respondida pelos docentes que já estivessem em atividade antes de 2006, portanto, antes da reforma curricular. A primeira parte do questionário continha 10 questões fechadas em Escala Likert, bipolar, com 5 opções de respostas e duas questões abertas que tentavam limitar a resposta, buscando capturar a ideia principal do respondedor. A segunda parte do questionário tinha 11 questões fechadas, também em Escala Likert, bipolar, com 5 opções de respostas e uma questão aberta, que tentava estimular a resposta mais ampla.

O questionário foi construído para ser respondido “online”, através do sistema Google Drive. No processo do convite para potenciais participantes da pesquisa, foi feita uma primeira abordagem pessoal, para esclarecimento do projeto e seus objetivos e logo após foram enviados por e-mail uma carta convite (APÊNDICE C), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE D) e o link de acesso ao questionário. A mensagem enviada por e-mail trazia o TCLE que depois de lido e aceito permitia a abertura do questionário através de um “link”. O questionário não permitia identificar o respondedor. Em circunstâncias de pesquisa como esta que envolve pessoas nos seus ambientes de trabalho, são muitas as injunções que levam as pessoas a não fornecer informações, ou mesmo falseá-las. Preservar o anonimato é fundamental para garantir a qualidade e a fidedignidade das informações.

Para os cinco primeiros docentes, o questionário trazia uma pergunta ao final, que tinha o objetivo de avaliar se o docente considerava o questionário adequado para responder a pergunta do estudo e se ele faria alguma sugestão. Todos foram totalmente favoráveis ao questionário. Esse piloto também foi utilizado para avaliar a metodologia de aplicação do questionário, e não houve qualquer dificuldade em responder o questionário "online". Um dos docentes, inclusive referiu ter respondido pelo celular, sem dificuldade alguma com o tamanho para a tela menor. O TCLE foi enviado por e-mail, para que o primeiro contato, verbal, fosse breve, o que é permitido pelas características dos participantes, pois são todos docentes de um curso de medicina e afeitos às pesquisas desta natureza. Em todos os procedimentos a identidade dos participantes foi mantida em sigilo e mesmo o pesquisador não consegue identificar a origem das respostas. Na avaliação das questões fechadas, foi feita uma análise descritiva dos resultados. Para avaliar a consistência das questões em escala Likert utilizou-se o coeficiente de correlação ( $r$ ) que relaciona a resposta de cada questão ao

total de pontos de todas as questões de cada participante, criando um valor de "r" que pode variar de zero a um, sendo considerado consistente quando superior a 0,15 (MORAES, 2006). Nas respostas às questões abertas do questionário foram feitas leituras e releituras do material coletado, identificando a ideia central de cada resposta e em seguida, as respostas foram agrupadas por semelhança temática (GOMES, 2011).

Para ampliar a compreensão da opinião dos docentes sobre as mudanças desencadeadas pela reforma curricular, obtida através do questionário, foram realizadas entrevistas aprofundadas com seis docentes, sendo os critérios de escolha: ser docente do curso de medicina, ter iniciado a atividade docente antes de 2006 e contemplar um dos três diferentes grupos categorizados no questionário, ou seja, ter atividade apenas nos primeiros anos do curso (1º ao 3º ano), ter atividade nos últimos anos do curso (4º ao 6º ano), ou ter atividade ao longo de todo o curso (1º ao 6º).

Entre as questões abordadas nas entrevistas foram incluídas a visão geral do docente sobre a reforma curricular; o impacto desta reforma sobre o trabalho docente, a qualidade do curso e a qualidade do médico formado; as dificuldades na avaliação da aprendizagem e, finalmente, a visão dos entrevistados sobre a capacitação contínua dos docentes do curso. A leitura das entrevistas realizadas permitiu criar novas categorias de análise como a visão dos docentes sobre a evolução do curso e as sugestões para correções de rumo.

Para analisar os dados coletados nas entrevistas foi feita a transcrição do material gravado, com permissão dos entrevistados, seguida de leitura e releitura dos textos, a fim de se compreender os conteúdos mais significativos e classificar os relatos. Foram feitos recortes e colagem dos textos das entrevistas de acordo com as categorias definidas. O tamanho da amostra se determinou a partir da análise das entrevistas, tendo sido encerrada a coleta quando se observou que seus conteúdos estavam amplamente saturados (BOGDAN; BIKLEN, 1991; TAQUETTE; MINAYO, 2015).

### **3 BREVE RETROSPECTO**

Uma maneira de contextualizar a educação médica no Brasil, na qual se insere a FCMS de Sorocaba, como agente de formação do profissional médico, é tentar mostrar de onde ela vem, qual sua história, que caminhos foram percorridos até aqui. Neste sentido, será apresentada uma revisão histórica do tema abordado neste projeto, a educação médica, prosseguindo em uma tentativa de situar a Instituição de Ensino Superior no Brasil, a PUC-SP e a FCMS de Sorocaba dentro deste contexto, assim como o processo de formação do novo currículo no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP objeto de pesquisa, buscando esclarecer as justificativas e os objetivos deste estudo.

#### **3.1 Um resumo da história do ensino médico**

Hipócrates desenvolveu os princípios do diagnóstico, tratamento e ética na medicina 400 anos A.C., mas seu trabalho ficou adormecido ao longo do início da nova era, assim como aconteceu com as produções de outros autores da antiguidade. Na alta idade média as doenças foram, em grande parte, atribuídas à ordem divina e o milagre o responsável pela cura. A culpa e a “graça divina” eram responsabilizadas pela evolução das doenças (CRUSE, 1999; REZENDE, 2009).

A partir do século X, a medicina acadêmica foi se restabelecendo na Europa. O ensino da medicina, do mestre para o aprendiz, era baseado em leitura de textos, portanto, um ensino teórico, sem ser associado à prática. A primeira faculdade de medicina da Europa foi fundada em Salerno, no sul da Itália, com a tradução de textos da antiga Grécia e dos ensinamentos de Hipócrates, além de outros autores. Outras faculdades de medicina também foram fundadas na Universidade de Bolonha, Paris, Montpellier, Oxford e Pádua. Nos séculos que se seguiram, houve progressivo aumento do interesse pela anatomia, motivado pelas dissecações humanas, evolução na percepção de possíveis formas de transmissão de doenças, o uso de anestésicos e métodos para redução de infecção durante os processos cirúrgicos (CRUSE, 1999; REZENDE, 2009).

A partir de meados do século XVIII, o modelo francês da prática médica, com o diagnóstico baseado na clínica, auxiliado pelo exame físico e, depois, com auxílio de aparelhos como o estetoscópio, se disseminou pelo mundo. Este foi o modelo que passou a ser

praticado no Brasil (LAMPERT, 2008), pois era o modelo seguido na Península Ibérica. Era a medicina feita à beira do leito, associada aos ensinamentos anatomopatológicos realizados após a morte. Neste período, a medicina vai, progressivamente, tornando-se profissão.

Sem dúvida alguma, o grande desenvolvimento da medicina se relacionou primordialmente ao desenvolvimento da tecnologia. Durante o século XX ocorreram mais avanços na medicina que em todos os séculos anteriores. As pesquisas de laboratórios, tais como as descobertas realizadas por Pasteur, Koch e Claude Bernard no século XIX foram incorporadas à prática da medicina, como no modelo Alemão de Ensino (associação do trabalho clínico aos avanços científicos, indissociabilidade entre o ensino e a pesquisa, autonomia da IES) que também passou a beneficiar a população com as descobertas dos agentes causadores das doenças e propostas efetivas de tratamento (CRUSE, 1999; REZENDE, 2009). Este modelo, no qual se baseou o “Relatório Flexner”, que será discutido no capítulo 4, Item 4.1, trouxe influência direta para a formação médica no Brasil a partir de 1930.

### **3.2 A Universidade e a Faculdade de Medicina no Brasil**

A Universidade só aparece de fato no Brasil no início do século XX (CUNHA, 2007a; PAULA, 2009). No período colonial, quando o Ensino Superior já existia em muitas regiões da Europa, o ensino no Brasil era de responsabilidade dos Jesuítas, com a educação voltada para a evangelização e para a formação da elite e da burocracia estatal. Com a expulsão dos Jesuítas da metrópole e da colônia, a educação escolar se estabeleceu sem um planejamento adequado, sendo os padres substituídos por funcionários e organizada nos moldes seculares. Assim como em Portugal, até a vinda da família real, o ensino no Brasil era estatal e público.

A partir de 1808, com a mudança da Família Real para o Brasil, foram criados cursos e academias destinados a formar burocratas para o Estado, especialistas para a produção de bens simbólicos e profissionais liberais. Portanto, foram criados os cursos para atender as necessidades do Estado, sem que fossem respeitadas as características e necessidades da população local. Os cursos de interesse do Estado foram medicina, cirurgia e matemática. A medicina e a cirúrgica formavam especialistas em assuntos de guerra, pois tinham o objetivo de prover cirurgias para a marinha e exército (CUNHA, 2007a). A título de exemplo, “[...] na capitania de São Paulo, em 1808, havia apenas dois diplomados praticando a medicina: o cirurgião-mor das tropas e o físico-mor.” (COSTA, 1966 apud CUNHA, 2007a, p. 63). Em

1808 foram criadas as cadeiras de anatomia no Rio de Janeiro e cirurgia no Rio de Janeiro e Bahia; em 1813 a cadeira de anatomia passou à Academia de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro que oferecia dois cursos, o Médico e o Cirúrgico, com duração de cinco anos para os dois cursos; em 1832 a Academia de Medicina do Rio de Janeiro e a Academia de Medicina da Bahia foram transformadas em faculdades, abrangendo o curso médico, cirúrgico, farmácia e obstetrícia (CUNHA, 2007a; LAMPERT, 2008).

Durante a 1ª República, entre 1889 e 1930, pouco avanço se fez em relação à criação de novas faculdades de medicina. Algumas foram abertas, mas não se mantiveram. Elas estavam integradas à fundação de universidades que, por não apresentarem bases sólidas para sua fundação, acabaram por ser desativadas. O ensino superior passou por muitas transformações neste período (CUNHA, 2007b; LAMPERT, 2008; PAULA, 2009). O movimento positivista, incentivando o ensino livre de qualquer privilégio e o exercício de profissões independentes do cooperativismo, favoreceu a abertura de universidades ou novas faculdades livres. Seguiu-se um período de privatização do ensino superior, afastando-o cada vez mais do controle do Estado, facilitando o acesso às faculdades e permitindo liberdade do currículo, construído pelo próprio corpo docente. Este movimento foi incentivado pela necessidade de fornecimento de mão de obra com escolaridade ao mercado de trabalho, a busca de diploma como fonte de fuga da decadência dos que se empobreciam com o fim de cada ciclo econômico e fonte de ascendência para a nova classe social que se formava, baseada no trabalhador que buscava fugir do trabalho manual. O ensino superior sofre com a diminuição da sua qualidade, frente ao aumento da quantidade de novas faculdades. Neste período, a busca de controle sobre a qualidade do ensino levou à criação do vestibular, à obrigatoriedade do ensino secundário e a limitação da abertura de novas faculdades (CUNHA, 2007b).

Paralelamente aos avanços da medicina que ocorreram no final do século XIX e começo do século XX, no Brasil, a iniciativa da pesquisa aplicada esteve por conta de laboratórios isolados, não vinculados às faculdades de medicina e motivados por descobertas sanitárias geradas pelas epidemias, trazendo verdadeiros benefícios à população brasileira. Neste período, Oswaldo Cruz que trazia o conhecimento da sua formação em Paris, associado a Vital Brazil e Adolpho Lutz fundaram, por volta de 1900, o Instituto Soroterápico Municipal do Rio de Janeiro, posteriormente nominado Oswaldo Cruz e o Instituto Butantã, em São Paulo. Os Institutos foram criados para o desenvolvimento de vacinas para o combate à peste bubônica que se alastrava a partir dos portos (BENCHIMOL et al., 2003, LAMPERT, 2008). Neste período, no Brasil e na América latina, o modelo alemão de ensino e prática da

medicina não conseguiu a mesma expansão observada nos países mais desenvolvidos justamente por depender de tecnologia, ficando mais restrito aos grandes centros, São Paulo e Rio de Janeiro.

Entre as décadas de 40 e 60 cresce o movimento em direção à liberdade de ensino, em defesa da iniciativa privada. As escolas católicas, predominantemente privadas, associaram-se à luta contra o monopólio do Estado, visando reocupar seu espaço de formadora da elite (SALEM, 1982). Neste contexto, nasce a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (BRASIL, 1961) que irá regulamentar o sistema de educação brasileiro, tendo como elemento principal a Constituição. No seu texto, a LDB buscava garantir autonomia didática, administrativa e financeira para as universidades e a preocupação com a qualidade do ensino, buscando melhorar o processo de seleção. O objetivo era permitir a entrada apenas dos mais capacitados (CUNHA, 2007b).

A reforma universitária de 1968 (BRASIL, 1968) trouxe mudanças muito importantes para o sistema universitário brasileiro (CUNHA, 2007c; MARSIGLIA, 1995; MARTINS, 2009; PAULA, 2009). Entre elas estão a abolição das cátedras, a criação dos departamentos que formavam unidades de ensino e pesquisa, a reorganização do currículo com a criação do ciclo básico, a formação do sistema de créditos e regime semestral e a formalização da pesquisa. A reforma também garantiu autonomia didática, científica, financeira e administrativa às universidades. Cabe lembrar que assim como toda sociedade, ou melhor, com vigilância ainda maior, as universidades, embora amparadas nos seus privilégios legais, passaram por um período marcado pelo “silêncio” e “movimento clandestino” motivado pelo Ato Institucional número 5 (MARTINS, 2009).

Ao mesmo tempo em que modernizou o sistema universitário federal e em menor escala as IES estaduais e confessionais, a reforma universitária favoreceu a expansão do ensino superior privado que se caracterizava pelo atendimento ao mercado profissionalizante, sem valorizar a pesquisa e com pouca contribuição para a formação do pensamento crítico sobre a sociedade e suas transformações. Contribuindo para isso, a partir de 1967, as entidades particulares também foram favorecidas por leis facilitadoras da disponibilização de recursos financeiros. Também colaborou muito para a proliferação do ensino privado a necessidade crescente de vagas no ensino superior, que não foi suprida pelo setor público, uma vez que nas universidades federais a preocupação com o plano acadêmico, garantindo instituições de padrão mais elevado, tornou-a seletiva, restringindo o número de estudantes (CUNHA, 2007c; MARTINS, 2009; PAULA, 2009). A necessidade de vagas também não foi suprida pelas instituições comunitárias e confessionais. Em particular, as universidades

católicas, segmentos mais representativos das IES confessionais, preferiram conter o crescimento exagerado das suas instituições, buscando garantir o seu papel de formadoras das elites do país (SALEM, 1982).

Como também aconteceu com o Ensino Superior de maneira geral, a partir da década de 1970, no Brasil, houve intensa proliferação de cursos de medicina, principalmente em IES particulares (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013; MASIGLIA, 1995; LAMPERT, 2006, 2008). Grande parte destas instituições foi criada para atender interesses políticos regionais e/ou meramente para obtenção de prestígio ou rendimentos financeiros sem condições de oferecer curso de qualidade (CALDERÓN, 2000; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013a, 2013b). Alguns destes cursos de medicina mantinham as características das escolas médicas do início do século XX (BECK, 2004). Nomes reconhecidos da Medicina eram convidados a se tornar professores e assumiam a chefia das “cadeiras”, mas compareciam apenas esporadicamente às instituições, deixando o trabalho de formação dos alunos para seus “assistentes” que, embora bem-intencionados, nem sempre tinham sido preparados para a tarefa.

Nos anos 80, iniciou-se um processo, que se mantém até os dias atuais, de estímulo à reformulação do ensino médico, não apenas no Brasil. Instituições internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a *American Medical Association* (AMA) nos EUA e o *General Medical Council* (GMC) no Reino Unido, assim como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) discutiram a necessidade de reformulação do ensino médico. Em 1988, a "Declaração de Edimburgo" (1988), promulgada durante a Iª Conferência Mundial de Educação Médica na cidade de Edimburgo, Escócia, recomendou que o desenvolvimento da competência profissional na área da saúde estivesse associado à aquisição de valores sociais, culturais e éticos e houvesse promoção de interação entre as escolas médicas e os serviços básicos e comunitários de saúde (ABRAHAMSON, 1996; FEUERWERKER, 2002; LAMPERT, 2008; MARSIGLIA, 1995).

### **3.3 Um pouco sobre a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

A PUC-SP foi fundada em 1946, a partir da união entre a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de São Bento e a Faculdade Paulista de Direito. Em 1948, o Papa Pio XII concedeu à Universidade Católica de São Paulo o título de Pontifícia. No final dos anos 1960, dentro do contexto das reformas universitárias (MARTINS, 2009), a PUC-SP direciona seus

objetivos para a qualidade acadêmica vinculada à preocupação social. Em 1969, reformulou seu Estatuto e seguindo as orientações da reforma universitária de 1968, fez uma grande mudança administrativa e curricular, criando os departamentos, a carreira universitária, o ciclo básico, entre outras medidas. Além disso, criou o Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia. Este, talvez tenha sido um dos primeiros no país. No início dos anos 1980, a PUC-SP se tornou a primeira IES do Brasil a eleger seu reitor por eleição direta com participação de todos os membros da comunidade. A partir dos anos 1980, a Universidade consolidou seu desenvolvimento acadêmico e comunitário. A graduação e a pós-graduação cresceram em número de cursos e alunos. Em 2004 é aprovado o Projeto Pedagógico Institucional (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2004), com novas diretrizes para a graduação da PUC-SP. Dando sequência ao processo de modernização de sua estrutura acadêmico-administrativa, com o objetivo de ampliar a qualidade da produção científica e dos serviços prestados à sociedade, processo que marca o início deste quarto período da história da Universidade, concluído com a aprovação do novo Estatuto (2008) e o Regimento Geral da Instituição (2009) (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2015, 2016).

### **3.4 A Faculdade de Medicina de Sorocaba**

Fundada em 08 de dezembro de 1949, a Faculdade de Medicina de Sorocaba, foi a terceira do estado de São Paulo, antecedida apenas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo fundada em 1913 e pela Escola Paulista de Medicina fundada em 1933, sendo a primeira do interior no país. As Indústrias Votorantim, construtora e mantenedora do Hospital Santa Lucinda, associadas a outras instituições, formaram a Fundação Sorocaba, mantenedora da Faculdade de Medicina à época. Em 13 de abril de 1950, a faculdade recebeu autorização para o seu funcionamento, em 21 de março do mesmo ano, o Conselho Nacional de Educação aprovou a Instituição e em 10 de março de 1951 iniciou-se, de fato, o curso da Faculdade de Medicina de Sorocaba, com 50 alunos. Ao longo da década de 1960 o número de vagas aumentou para 70. Em 1970, as dificuldades financeiras da Fundação Sorocaba levaram a incorporação da faculdade pela PUC-SP, dando início ao *campus* de Sorocaba, que a partir de 1973 passou a Centro de Ciências Médicas e Biológicas (CCMB), formado pela Faculdade de Ciências Médicas (com o curso de medicina e de enfermagem) e pela Faculdade de Ciências Biológicas (com o curso de biologia). O curso de

medicina passou a receber 100 alunos por ano, número que se mantém até hoje, exceto por um curto período em que recebeu 80 alunos (POLIMENO, 2010; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2004, 2009).

Em 1982, foi criada a pós-graduação *lato senso*, através do programa de residência médica em áreas básicas e diferentes especialidades médicas e em 2011 foi criado o programa de mestrado profissional "Educação nas Profissões da Saúde" que veio atender uma demanda regional e estabelecer um novo degrau na formação de profissionais de saúde pela PUC-SP. Atualmente, o *campus* de Sorocaba da PUC-SP é contíguo a um complexo hospitalar, formado pelo Hospital Santa Lucinda (e propriedade da Fundação São Paulo, mantenedora da PUC-SP e associado à gestão municipal) e pelo Conjunto Hospitalar de Sorocaba (pertencente à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, composto pelo Hospital Leonor Mendes de Barros, Hospital Regional e o Ambulatório Regional de Especialidades). Na reforma estatutária de 2006, o CCMB, *campus* Sorocaba da PUC-SP, passou a FCMS, formada pelos Cursos de Medicina, Enfermagem e Ciências Biológicas e mantém esta estrutura administrativa (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, 2015).

### **3.5 O novo currículo do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP**

Na sua fundação, como na maioria das faculdades de medicina do país, a Faculdade de Medicina de Sorocaba, como é conhecida, seguiu o modelo curricular catedrático. A partir da década de 1970, quando foi incorporada pela PUC-SP, passou a seguir o Estatuto da Universidade, seguindo o modelo proposto pelo relatório de Flexner (BAUM; AXTELL, 2005; BECK, 2004; FLEXNER, 1910), com a educação médica dividida em três ciclos: o básico, para o conhecimento das áreas básicas, com duração de três a quatro semestres; o clínico, com duração de quatro a seis semestres, para o ensino da clínica, sendo dividido em pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia, propedêutica e demais especialidades e o profissionalizante, em regime de internato, para o treinamento em serviço com supervisão dos docentes, com duração mínima de dois semestres. Ao longo dos anos foram feitas adaptações, principalmente na grade curricular. Este modelo curricular passou a ser discutido pela comunidade acadêmica do CCMB a partir do final da década de 1980 e até passou por seu primeiro processo de avaliação no início da década de 1990 (CAPPELLETTI, 2002). Entretanto, as propostas de integração da formação médica às necessidades sociais e às

políticas públicas de saúde não encontraram ressonância num ambiente em que professores e alunos estavam voltados para a formação do profissional liberal, com ênfase nas especialidades, ou seja, docentes e alunos com foco na formação de especialistas e subespecialistas das mais diversas áreas da medicina, para atendimento em consultórios particulares, para um número restrito de usuários. Embora sem sucesso, essas primeiras tentativas de mudanças podem ter ampliado as discussões entre os membros da comunidade que não estavam satisfeitos com a formação proporcionada aos seus alunos (POLIMENO, 2010; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009).

Em 1999, o Curso de Medicina passou pela avaliação do Departamento de Política do Ensino Superior da Secretaria de Educação do Ministério da Educação (MEC) que apontou a necessidade de adequação do currículo, o aumento do internato para mais de um ano, a mudança da estrutura de ensino baseado em atividades hospitalares e a capacitação docente *strictu sensu*. Também foram apontadas deficiências no regime de horas dos docentes; estrutura física da faculdade com relação ao ambiente, ao acesso a informações e informatização (POLIMENO, 2010; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009).

Em 07 de novembro de 2001, foram promulgadas pelo MEC as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que tinham como orientação para a organização dos cursos de medicina o estímulo de formação do médico comprometido com as demandas do SUS (BRASIL, 2001). Em 2004 foi aprovado o Projeto Pedagógico Institucional da PUC-SP de Diretrizes para os Cursos de Graduação “para a reformulação dos cursos de graduação no processo de implantação das novas diretrizes curriculares” (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2004).

Neste contexto, a Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP iniciou os estudos para a reformulação do seu projeto pedagógico. No segundo semestre de 2001, foi nomeada a Comissão de Reforma Curricular, com o objetivo de elaborar o novo projeto pedagógico do Curso de Medicina.

Em 2002, o Ministério da Saúde e o MEC lançam o PROMED (BRASIL, 2002), um programa que forneceria um aporte financeiro inicial aos cursos de Medicina que se dispusessem a adequar a formação profissional às diretrizes curriculares e às necessidades do SUS (BRASIL, 2002). Diante desta possibilidade, a Comissão de Reforma Curricular, já organizada, elaborou um projeto de reforma curricular que foi selecionado entre os 10 melhores do programa, que embora fosse destinado a qualquer curso de Medicina, trazia um conceito paralelo de ser destinado às instituições públicas de ensino médico, tendo sido

necessário o enfrentamento de barreiras para que se mantivesse na disputa. Com o aporte financeiro recebido do PROMED, a direção da faculdade pode ampliar as suas possibilidades de discussão e aprendizado para a formulação da nova proposta pedagógica, a mudança do modelo tradicional de ensino para a educação problematizadora, tendo a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como seu eixo principal (PAVAN; SENGER; MARQUES, 2013). Após três anos de discussão, a nova proposta pedagógica foi apresentada à comunidade acadêmica em 06 de outubro de 2005, no auditório da faculdade e, após os trâmites legais dentro da Universidade, o projeto foi aprovado e iniciado com a turma ingressante em 2006 (PAVAN; SENGER; MARQUES, 2013; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009).

## 4 OS MODELOS DE ENSINO MÉDICO EM DISCUSSÃO

### 4.1 O Relatório Flexner

No final do século XIX, havia três maneiras para se aprender medicina nos EUA: ser um aprendiz, seguindo os ensinamentos do seu mestre; frequentar uma escola paga, que poderia ser aberta por qualquer médico que estivesse interessado em ensinar; entrar no sistema universitário (FLEXNER, 1910). A Universidade da Pensilvânia foi a primeira universidade americana a ter faculdade de medicina, que foi fundada em 1765, seguida pela Columbia, que fundou sua Faculdade de Medicina em 1867 e depois Harvard, em 1782 (RUTKOW, 1999). Independente da maneira escolhida, o ensino médico era primordialmente baseado na leitura (CRUSE, 1999).

Ao final do século XIX e início do século XX, houve um grande questionamento sobre a formação do médico nos EUA. Essa discussão foi motivada pela disseminação do modelo alemão de ensino médico que se utilizava de palestras, seminários, expansão das bibliotecas, criação de laboratórios e de hospitais para a formação médica; pela evolução da ciência básica através das descobertas de Pasteur, Koch, Claude Bernard, entre outros grandes cientistas da época, possibilitando a identificação de causas e possíveis tratamentos para as doenças e pelos outros avanços da ciência e tecnologia. As escolas médicas, com estruturas não uniformes, de maneira geral, não contemplavam estes novos conhecimentos e veículos de ensino ao seu currículo. Considerava-se que a grande maioria das escolas de medicina em atividade nos EUA não reunia as qualidades necessárias para a formação de seus profissionais. O primeiro hospital para a prática da medicina clínica só foi aberto nos EUA em 1893 na Johns Hopkins University que viria servir de referência do modelo alemão do ensino médico para as demais universidades americanas (BAUM; AXTELL, 2005).

Em 1904, a AMA criou o *Council on Medical Education* (CME) com a finalidade de estruturar o ensino médico americano. O CME, por sua vez, encomendou à *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* a realização de uma pesquisa para avaliar as reais condições da estrutura do ensino médico nos EUA. A Instituição, então, nomeou Abraham Flexner, um educador renomado, para realizar a pesquisa. Esta foi, provavelmente, a primeira união entre educação formal e o ensino médico de que se tem notícia (BAUM; AXTELL, 2005; BECK, 2004).

Ao longo de 18 meses Flexner visitou 155 escolas de medicina americanas e canadenses avaliando cinco critérios de qualidade: os critérios de entrada; a quantidade e a formação do corpo docente; o custo; a qualidade dos laboratórios e a disponibilidade de hospital de ensino (FLEXNER, 1910). Em 1910 Flexner finalizou seu relatório, desencadeando o fechamento de grande parte das escolas médicas em atividade, com o desaparecimento das escolas em sistema de aprendiz, assim como das escolas de proprietários particulares, fortalecendo o ensino médico vinculado às universidades. O relatório de Flexner contemplou o sistema alemão de ensino médico; a dedicação integral do docente ao ensino e a pesquisa e a vinculação da escola de medicina ao hospital universitário, privilegiando o ensino prático supervisionado pelo docente. A partir deste relatório foi proposto um modelo curricular para a formação médica em três fases: básico, clínico e profissionalizante. Também foram criados os departamentos, as especializações, os sistemas de créditos e um sistema de avaliação contínua das escolas (BAUM; AXTELL, 2005; BECK, 2004; FLEXNER, 1910).

#### 4.1.1 Flexner no Brasil

Na primeira metade do século XX, o modelo de ensino médico proposto pelo Relatório Flexner influenciou a formação médica no Brasil, principalmente através da Fundação Rockefeller (FARIA, 2002; MARINHO, 2004; SILVA, 2003), patrocinadora da disseminação do modelo Flexner de ensino médico nos EUA e na América Latina, que participou ativamente da formação dos sanitaristas e médicos brasileiros. Essa influência foi marcada pela reformulação da estrutura acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela instituição das disciplinas pré-clínicas, restrição do número de vagas, estabelecimento do tempo integral do corpo docente, investimento em laboratórios de pesquisa e criação do Hospital das Clínicas (PAULA, 2009). Além disso, a Fundação forneceu bolsas de estudos aos professores e pesquisadores da Instituição. Nesta reformulação, a Fundação Rockefeller buscava implantar o programa de excelência e fazer da Faculdade de Medicina de São Paulo um modelo para a América Latina. A Fundação Rockefeller também patrocinou pesquisas desenvolvidas na Escola Paulista de Medicina, garantindo um alto nível de produção científica e a profissionalização do corpo docente. Naquele momento, as mudanças aconteceram apenas nesses grandes centros e não houve mudança nas outras Instituições de ensino médico do país, permanecendo o mesmo modelo catedrático, com currículos desatualizados e sem incentivo à pesquisa (CUNHA, 2007b;

PAULA, 2009). A Fundação Rockefeller também favoreceu a formação da comunidade científica brasileira através de programas de bolsa de estudo para os Estados Unidos e para a Europa. Entre os bolsistas estavam também os membros da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) (FARIA, 2002; MARINHO, 2004). Não cabe aqui discutir o poder hegemônico da Fundação Rockefeller, que tem sido alvo de inúmeros trabalhos. Entretanto, é de importância para este estudo lembrar que o modelo de ensino difundido pela Fundação Rockefeller era elitizado, como pode ser observado pelas mudanças citadas nos parágrafos acima, entre elas a restrição de vagas. Além disso, direcionou os rumos do ensino médico no Brasil, pois destas faculdades de medicina partiram os docentes que formariam as novas faculdades de medicina no Brasil.

Em 1968, com a reforma universitária, o modelo Flexneriano de ensino é oficialmente imposto (CUNHA, 2007c; MARSIGLIA, 1995; MARTINS, 2009; PAULA, 2009). A partir daí o currículo médico permaneceu dividido em três ciclos: o básico, para o conhecimento das áreas básicas, com duração de três a quatro semestres; o clínico, com duração de quatro a seis semestres, para o ensino da clínica, dividido em pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia, propedêutica e demais especialidades e o profissionalizante, em serviço de internato, para o treinamento com supervisão dos docentes, com duração mínima de dois semestres. O ensino deveria ser ministrado por professores, com dedicação integral e as faculdades de medicina deveriam estar ligadas a um hospital, para a prática da medicina. Este modelo de ensino vinha sendo utilizado por grande parte das faculdades de medicina do Brasil, principalmente as mais bem conceituadas, até a década de 1980, quando passou a ser questionado, por ser considerado um modelo com ênfase no conteúdo, nas doenças e de prática dentro dos hospitais, portanto, levando ao distanciamento do médico, cada vez mais “especialista”, das reais necessidades do serviço de saúde essencial do país. Este mesmo fenômeno se verificou em muitos outros países, tais como os EUA e Canadá (BAUM; AXTELL, 2005; FEUERWERKER, 2002; MARSIGLIA, 1995). Algumas faculdades de medicina pioneiras questionaram esse modelo de ensino e iniciaram um processo de mudança, sendo seguidas por outras instituições e orientadas pelas diretrizes curriculares para o curso de medicina.

## 4.2 Metodologias ativas de ensino/aprendizagem

O questionamento sobre o modelo tradicional do ensino da medicina, com foco no conteúdo e centralizado no professor levou ao surgimento de novas propostas pedagógicas, com mudanças na forma de ensinar, ou melhor, mudanças no modelo para a aquisição do conhecimento. Além disso, dentro do embate da necessidade de rompimento com o ensino fragmentado, baseado nas especialidades, aparecem as propostas de integralidade, ou seja, foco na saúde e não na doença; ênfase no aluno e em seu papel ativo na própria formação; prática no sistema de saúde nos diferentes graus de complexidade; valorização da capacitação didático-pedagógica do docente; valorização dos aspectos humanísticos da prestação de serviços de saúde (LAMPERT, 2003). Neste contexto, o surgimento das metodologias ativas de ensino, sendo a mais difundida a ABP, traz uma mudança importante para esse conceito de como os alunos de medicina adquirem o conhecimento.

O número de escolas que têm adotado as metodologias ativas como forma do ensino médico é crescente no Brasil e no mundo. A Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, UEL, foram pioneiras e modelos de sucesso no uso destas estratégias no Brasil (FEUERWERKER, 2002). Entretanto, nem todos os cursos de medicina que adotaram as metodologias ativas, necessariamente mudaram toda a estrutura curricular. Algumas fazem uso de metodologias ativas em algumas situações, departamentos ou disciplinas.

Aqui serão descritas as metodologias ativas mais conhecidas e difundidas entre as escolas médicas, que também são aquelas que estão em prática no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP, objeto deste estudo.

### 4.2.1 Aprendizagem Baseada em Problemas

A ABP surgiu na década de 60 na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster, no Canadá (SANTOS, 1994) e, ao longo dos anos, difundiu-se para muitos outros países, inclusive o Brasil (FEUERWERKER, 2002; MORAIS; MANZINI, 2006). A metodologia valoriza o processo de aprendizagem, não se restringindo ao conteúdo do aprendizado. Ela se norteia pela construção do conhecimento e se centraliza no estudante.

Na ABP, o problema inicia o processo de aprendizagem que tem uma sequência bem estabelecida dos procedimentos, conhecida como passos da ABP (SANTOS, 1994; MAMEDE et al., 2001 apud PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 46; MOUST et al., 2005). Os estudantes recebem o problema, elaborado a partir de uma situação do cotidiano para criar a situação de aprendizagem significativa. O problema tem a função de desafiar e motivar os estudantes a compreendê-lo. O problema é discutido em grupo de 8 a 10 alunos (sessões de tutoria), onde os conhecimentos prévios poderão ser retomados e expostos, mas dentro de um processo de colaboração, minimizando a competição e criando espaço para o trabalho em equipe. A análise do problema utiliza-se da metodologia da pesquisa científica. Entre a primeira (abertura) e a segunda (fechamento) sessão de tutoria, os estudantes buscarão respostas às questões por eles formuladas, para confirmar ou não as hipóteses criadas individualmente e pelo grupo. É a fase do estudo autogerido que permite que o estudante escolha a sua forma de encontrar soluções para os problemas, criando-se o espaço para a sua formação dentro de um processo da educação continuada. Na segunda sessão de tutoria, o problema é rediscutido com os conteúdos trazidos pelos integrantes do grupo. Novamente, cria-se um ambiente para socializar as diferentes informações trazidas pelos integrantes do grupo que podem trazer informações de fontes diferentes.

Cada grupo de tutoria deve ser conduzido por um tutor que tem o papel de criar o desafio da busca das informações para esclarecer os problemas. O tutor deve intermediar a relação entre os estudantes e o conhecimento que se fará de muitas maneiras, entre elas, a pesquisa em textos de livros e revistas, o uso de material didático da própria faculdade e a discussão com os professores consultores. Além do tutor (ou facilitador), cada sessão de tutoria também conta com um aluno que assume o papel de secretário (ou relator) e um coordenador.

Utilizando a referência de Mamede et al. (2001 apud PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 46) o projeto pedagógico da FCMS da PUC-SP descreve esta sequência para dos passos da ABP:

(Passos da ABP): Passos da sessão de tutoria

- **Passo 01:** Esclarecimento de termos e expressões no texto do problema – Todos os termos desconhecidos e aqueles que permanecerem sem definição satisfatória ao serem discutidos no grupo serão objeto de estudo, devendo ser esclarecidos pelos alunos na próxima sessão.

- **Passo 02:** Definição do problema – Após discussão pelo grupo (que será coordenada pelo aluno eleito como coordenador, nomeado a cada sessão por seus

pares, e supervisionada pelo tutor), serão definidas as questões a serem objeto da análise, que, para visualização de todos, serão escritas no quadro pelo aluno secretário daquela sessão (eleito e nomeado da mesma forma que o aluno coordenador).

- **Passo 03:** Análise do problema (tempestade de ideias) – A discussão deverá ser encaminhada para delimitação das questões, procurando-se algumas explicações baseadas nos conhecimentos prévios que os próprios alunos trazem consigo.

- **Passo 04:** Sistematização das explicações com a proposição de hipóteses – Na sequência, os alunos proporão, na formatação científica, algumas justificativas plausíveis para explicar as questões previamente levantadas e/ou o problema como um todo. 47

- **Passo 05:** Proposição dos objetivos de aprendizado – Os estudantes deverão propor quais os objetivos da aprendizagem que darão conta de validar as hipóteses construídas, ou seja, o que eles devem aprender para entender o problema, as questões propostas.

- **Passo 06:** Criação de um plano de ação – O grupo de estudantes, com a ajuda do tutor, deverá sistematizar as atividades necessárias para atingir os objetivos de aprendizado, como, por exemplo: contatar professores consultores, acessar livros-texto, revistas e sites da Internet, visitar laboratórios, enfermarias, outros logradouros, etc.

- **Passo 07:** Autoaprendizagem – Individualmente, entre uma sessão de tutoria e outra, os alunos deverão estudar os termos desconhecidos do texto, responder aos objetivos de aprendizado e demais assuntos que faltaram para completar a análise do problema, buscando, de forma ativa, respostas às questões formuladas. Isto pode ser realizado através de material didático e/ou com o auxílio de professores consultores, previamente indicados, que são especialistas em alguns aspectos envolvidos na solução dos problemas e podem facilitar a busca pelas respostas. Os consultores devem ser preparados para não resolver os problemas para os alunos, e sim para estimulá-los a ampliar o conhecimento para além daquele caso.

- **Passo 08:** Fechamento do problema – Após o estudo, na próxima sessão os alunos voltarão a se reunir para completar o caso, sob a supervisão do tutor. Neste segundo encontro tutorial, os alunos deverão apresentar, individualmente, os resultados do estudo. Com base nas ideias sistematizadas na sessão anterior, surgirão as soluções para o problema proposto. A conclusão se dará com a construção de um fluxograma, que deve resumir os acontecimentos do problema, levando-o à solução final, com todos os conhecimentos do caso em questão. Ainda nesta sessão, pode-se ou não abrir um novo problema e se recomeça o processo. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009 pag. 46-47, **grifo nosso**).

Neste processo, o professor, ou tutor, como é identificado, não traz o conhecimento pronto, mas tem a função de levar os alunos à busca do conhecimento e assegurar que ao final de cada ciclo o grupo tenha atingido os objetivos de aprendizagem.

#### 4.2.2 Metodologia da Aprendizagem Baseada na Prática

Através desta metodologia, que no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP se desenvolve como “habilidades”, os alunos podem desenvolver o raciocínio clínico utilizado pelos médicos na rotina do trabalho, onde se utiliza a anamnese e o exame físico para formular a hipótese diagnóstica (que poderá ser confirmada pelos exames diagnósticos), planejar o tratamento e formular o prognóstico. A base da prática médica é o diagnóstico, a partir do qual se encaminha a conduta a ser seguida. A história e o exame físico do paciente são responsáveis pela maior parte do processo de estabelecimento do diagnóstico, devendo os exames complementares ser utilizados, quando necessários, para confirmar a hipótese formulada. Segundo Barrows (1994), a resolução de problemas através do raciocínio clínico pode ser aprendida mais facilmente quando se utiliza da aprendizagem baseada em problemas associada à aprendizagem baseada na prática.

#### 4.2.3 Metodologia da Problematização

A referência para a Metodologia da Problematização é o Método do Arco, de Charles Maguerez, do qual se conhece o esquema apresentado por Bordenave e Pereira, (1982 apud BERBEL, 1998, p.141). Nesse esquema, constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade, ou de um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática). Esta metodologia busca desenvolver a capacidade de questionamento e busca de soluções para problemas e é muito adequada na abordagem de temas relacionados com a vida em sociedade (BERBEL, 1998).

Na primeira etapa, a “Observação da Realidade”, o professor orienta os alunos a olharem e registrarem de maneira sistematizada o que percebem da realidade na qual o tema está inserido. A segunda etapa se caracteriza pelo momento de reflexão sobre as causas do problema em estudo. Nesta fase, utilizando as informações já disponíveis, os alunos buscarão reconhecer a complexidade do problema, identificar os seus fatores determinantes e elaborar os “Pontos-Chaves” a serem estudados para encontrar respostas para o problema. A terceira etapa é a da teorização, do estudo, da busca das informações e da avaliação da contribuição das informações para a resolução do problema. Os alunos devem buscar livros, revistas especializadas, jornais, assistir palestras e aulas, consultar especialistas sobre o assunto,

observar o fenômeno ocorrendo, etc. Todas as informações são registradas, criando e buscando conclusões para a condução da etapa seguinte, a quarta etapa, na qual as hipóteses são construídas após o estudo. Na quinta etapa, a “Aplicação à Realidade”,

[...] as decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas. Nesse momento o componente social e político estão mais presentes. A prática que corresponde a esta etapa implica num compromisso dos alunos com o seu meio. Do meio observarão os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau. (BERBEL, 1996 apud BERBEL, 1998, p.144).

#### 4.2.4 Aprendizagem baseada na pesquisa, ou por projetos

A aprendizagem baseada em pesquisa, ou por projetos, tem sua origem no construtivismo. A proposta da “metodologia de projetos” surgiu no início do século XX, com John Dewey e William Kilpatrick. Dewey desenvolveu a metodologia e Kilpatrick a sistematizou. O método de projetos passou a se difundir no Brasil a partir da divulgação do movimento conhecido como “Escola Nova”, principalmente através de Anísio Teixeira e Lourenço Filho, mas se estendeu e diversificou a partir das últimas décadas, sendo considerada uma conquista como metodologia de ensino-aprendizagem do século XXI (FAGUNDES; SATO; MAÇADA, 2015; MARKHAM; LARMER; RAVITZ, 2008; SIMOES, 2007).

Neste processo, os alunos, a partir de seus conhecimentos prévios e explorando o cotidiano da comunidade em que pretendem atuar, identificam algum problema ou necessidade da comunidade, discutem em grupo, tendo o professor como facilitador, buscando novos conhecimentos, estratégias e experiências que os ajudem a propor um projeto de intervenção que possa modificar a realidade da comunidade onde atuam, sempre tendo o aluno no papel central do projeto e os participantes da comunidade como os atores que precisam conquistar os benefícios e se emancipar para que possam manter o ganho conseguido. No processo, os alunos lidam com questões interdisciplinares que precisam ser enfrentadas por ações individuais e coletivas, tanto do ponto de vista do aluno como da comunidade. Os projetos são desafios que podem ser vencidos por habilidades que muitas vezes precisam ser desenvolvidas, pensamento crítico, criatividade e a percepção da diversidade de maneiras para a realização de uma tarefa. O objetivo principal é desenvolver a habilidade de modificar a realidade através de iniciativas criativas, pensamento crítico e autonomia. Muitos educadores identificam o método com os pensamentos de Paulo Freire, no

sentido de que a educação deve ser transformadora e garantir a autonomia do sujeito, o que ocorre, quando as pessoas se conscientizam de suas condições sociais, culturais, econômicas e políticas (FAGUNDES; SATO; MAÇADA, 2015; MARKHAM; LARMER; RAVITZ, 2008; SIMOES, 2007).

Existem muitas outras técnicas para o uso das metodologias ativas, entre elas, as desenvolvidas para atividades com grandes grupos, entretanto elas ainda são menos utilizadas pelas escolas de ensino médico no Brasil. O uso destas técnicas pode ampliar as possibilidades do uso das metodologias ativas dentro da formação médica.

## **5 DETERMINANTES DA REFORMA CURRICULAR**

A identificação dos possíveis determinantes externos e internos da reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP nos possibilita entender e contextualizar temporalmente os movimentos e as intenções de órgãos governamentais das áreas da educação e da saúde que levaram às mudanças curriculares nos cursos de medicina, e às mudanças ocorridas dentro da Instituição de Ensino em análise neste projeto, a fim de adequar o perfil do médico formado às necessidades da população e do sistema público de saúde.

### **5.1 Determinantes externos da reforma curricular**

Para a análise dos determinantes externos da reforma curricular, foi realizada uma pré-seleção de fatores que pudessem estar relacionados à reforma curricular no curso de medicina. Após um levantamento dos documentos que pudessem conter as informações necessárias à análise, entre eles, a Constituição do Brasil de 1824 (BRASIL, 1824), a Constituição do Brasil de 1934 (BRASIL, 1934), a Constituição do Brasil de 1946 (BRASIL, 1946), a Constituição do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), a lei 8.080, (BRASIL, 1990), da regulamentação do SUS (BRASIL, 1988), a ata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001) e as diretrizes do PROMED (BRASIL, 2002) foram discutidos os seus conteúdos e alguns tópicos foram submetidos a uma análise mais detalhada (PAVAN; SENGER; MARQUES, 2013).

#### **5.1.1 A saúde como um direito**

A análise dos determinantes externos da reforma curricular de um curso de medicina remete, quase automaticamente, ao exame da história do país, tendo em vista a relevância e a atenção dispensada a saúde ao longo dos anos.

Tomando a constituição como ponto central da institucionalização dos direitos e deveres do Estado e do cidadão, a saúde não é sequer referida na Constituição de 1824 (BRASIL, 1824) e só aparece na Constituição de 1934, mas como item no artigo sobre competências da União e dos estados “[...] Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos

Estados: [...] II - cuidar da saúde e assistência públicas; [...]” (BRASIL, 1934) e, assim como na Constituição de 1946, a saúde está garantida como um benefício trabalhista, sendo assegurada aos trabalhadores e gestantes, através de contribuição para um sistema previdenciário.

Art. 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho [...] § 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos [...]. h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a este descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte; [...] (BRASIL, 1934).

Art. 157 - A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem a melhoria da condição dos trabalhadores: [...] XIV - assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante. (BRASIL, 1946).

Portanto, excluía a maior parte da população brasileira que não tinha um trabalho formal que garantisse a ela o direito social e à saúde. Entre os excluídos estavam os ricos, que embora marginalizados no sistema de saúde, podiam pagar pelo atendimento médico; os pobres residentes nas áreas urbanas que dependiam das instituições filantrópicas, como as ligadas às faculdades de medicina, para o tratamento das doenças e os residentes na zona rural que, na maioria das vezes, contavam com curandeiros e curiosos no auxílio aos problemas de saúde.

A partir do final da década de 1960, houve um aumento na demanda social por consultas médicas na busca da saúde individual e coletiva. Entretanto, neste mesmo período, uma série de fatores gerou uma grande insatisfação popular em relação à política de saúde do Estado. Entre eles, destacamos a construção ou reforma de clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos tradicionalmente destinados aos serviços públicos, com prejuízo para o desenvolvimento de uma proposta de medicina social e preventiva; o surgimento e crescimento dos serviços médicos empresariais, com a medicina centrada no lucro mais que na oferta de assistência a saúde; o ensino médico, desvinculado da realidade da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica que criava uma relação mercantilista entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população. Além disso, com o fim das verbas públicas, ao final da década de 1970, a atenção médica da Previdência Social foi à falência (LUZ, 1991).

Parte da classe médica, também descontente, passou a denunciar a má qualidade dos serviços médicos prestados à população nas instituições públicas. No final dos anos 70 e o início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de movimentação dirigida à questão da saúde e da política de saúde. Os estudantes de medicina, sobretudo residentes, fizeram várias greves de importância nacional, acusando a política de saúde vigente no país. Cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas discutiam em congressos e seminários nacionais e internacionais a degradação das condições de vida da população, consequência da política econômica que levava ao 'milagre brasileiro' (LUZ, 1991; MARSIGLIA, 1995).

Os movimentos sociais comunitários, compreendendo associações de moradores de bairros e comunidades, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja e partidos políticos progressistas denunciavam às autoridades e à sociedade civil a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções para os problemas. Ocorreu um intenso movimento popular pela reforma das políticas sociais e de saúde. No início dos anos 80, a crise nas áreas de saúde, habitação e educação eram identificadas com a crise do regime de governo. Em 1982, quando ocorreram as primeiras eleições livres, após o período de ditadura, muitos deputados se elegeram com programas centrados nas questões de saúde. A partir do início da década de 1980, a sociedade civil, organizada, foi às ruas para pedir novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde (LUZ, 1991).

Neste processo de redemocratização se incluiu o movimento da reforma sanitária brasileira, que a partir do final da década de 1960 amplia as discussões para uma reforma no sistema de saúde, visando o atendimento da população, sem marginalização, onde a saúde era defendida como uma questão social e de política do Estado e não como uma questão somente médica ou biológica. O movimento da reforma sanitária nasceu na sociedade civil e com os anos agregou militantes de partidos de esquerda, estudiosos da saúde pública, profissionais da saúde e parlamentares progressistas, IES, gestores municipais e outros solidários ao movimento. Orientado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, este movimento culminou na formulação da saúde como um direito garantido pela constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e serviu como molde e base ao SUS (FEUERWERKER, 2002; GALLO et al., 1988; MARSIGLIA, 1995).

Só com a Constituição de 1988 a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado.

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O SUS, nascido dos movimentos sociais e tendo como ponto central a garantia da saúde como direito a todos, inclui em suas disposições de regulamentação a responsabilidade não só do Estado, mas também das pessoas, da família, das empresas e da sociedade para o seu bom funcionamento: “Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...] § 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.” (BRASIL, 1990).

Além disso, incorpora a ampliação do conceito de saúde, não o limitando a ausência de doença, mas agregando determinantes como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. [...] Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Embora ainda não tenha atingido suas metas, “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), o SUS procura tornar realidade os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade, estabelecidos pela sua regulamentação e ser um veículo para diminuir a desigualdade social.

Art. 7º [...] I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência [...]IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...]VIII - participação da comunidade; (BRASIL, 1990).

### 5.1.2 O papel do poder público

A concepção e implantação do SUS, um modelo totalmente público de atendimento a saúde, seguiu um movimento contrário ao modelo econômico que se instaurava no país na década de 1980, caracterizado pela adoção de medidas de redução dos investimentos do Estado na área social, ou seja, educação, saúde e previdência social, com estímulo à

privatização das empresas estatais. Entretanto, o conceito do SUS ia ao encontro do processo de democratização que ganhou força no Brasil na década de 1980 e culminou na promulgação da atual Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 (BRASIL, 1988), através da qual se instaurou um processo de relativa descentralização política, administrativa e financeira no país.

Embora o SUS tenha nascido de um movimento social de luta pela saúde como veículo de promoção de igualdade social e não por determinação do Estado, coube e cabe a ele, garantido pela Constituição de 1988, a função de assegurar que o projeto seja implantado em todo seu conteúdo e atenda à sua proposta primordial de saúde como direito de todos. Segundo o Art. 198 da constituição de 1988, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com a participação da comunidade.

De acordo com o item III do Art. 200 da Constituição de 1988, (BRASIL, 1988) compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. No Art. 27 da Lei 8.080, determina-se que a política de recursos humanos na área de saúde seja formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento de alguns objetivos, entre eles o de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

Dentre as diversas dificuldades existentes para o sucesso do programa, encontram-se a centralização dos recursos financeiros no governo federal; a falta de preparo dos municípios para assumir a responsabilidade que o sistema lhe atribui; a utilização da saúde como veículo de disputas políticas. Além destes, a falta de recursos humanos, isto é, profissional com formação na área da saúde, também cria entraves para o adequado funcionamento do sistema (BRASIL, 2002; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013b; UGA et al., 2003).

### 5.1.3 Formação de recursos humanos

A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080 atribuem ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde. Entretanto, o sistema não tem conseguido fazer uso dos instrumentos disponíveis para cumprir este seu papel. Soma-se a

isso o perfil do médico formado hoje, com foco na especialização, que não atende totalmente às necessidades do SUS.

Como já foi previamente colocado, em relação à educação médica, a década de 1980 foi marcada pelo início das discussões sobre a reformulação do ensino médico, até então muito elitista e que mostrava um rumo de distanciamento das necessidades da população. Essa discussão se fortaleceu com a "Declaração de Edimburgo", promulgada durante a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica na cidade de Edimburgo, Escócia, na qual se recomendou que o desenvolvimento da competência profissional na área da saúde estivesse associado à aquisição de valores sociais, culturais e éticos, e houvesse promoção de interação entre as escolas médicas e os serviços básicos e comunitários de saúde (World Conference on Medical Education Report, 1988).

Dentro deste contexto, no Brasil, na década de 1980, emergiu o programa de Integração Docente Assistencial (IDA), um modelo de ensino assistência, com foco na reformulação do sistema de saúde definido pelo programa geral de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Segundo Marsiglia (1995, p. 17):

[...] o que mais marcou esse modelo de relações entre ensino x assistência foi o contexto de reestruturação do padrão de proteção social, em que se buscou uma reformulação do sistema de saúde com base nos princípios da universalização dos direitos, descentralização das decisões, unificação dos serviços, equidade na prestação de benefícios e controle social sobre o sistema.

Formado a partir de segmentos insatisfeitos da medicina preventiva, o programa IDA contava com o apoio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), OMS, Federação Pan-Americana de Faculdades de Medicina, ABEM e financiamento da Fundação Kellogg. No estado de São Paulo, o programa contou com a participação de algumas faculdades de medicina, enfermagem, odontologia e saúde pública, chefes de centros de saúde escola, conselho estadual de medicina, diretores do INAMPS, secretário do estado, prefeitos e professores de faculdades (MARSIGLIA, 1995).

Embora a maioria das universidades no Brasil possa ter tido algum conhecimento sobre o programa de IDA, como aconteceu na PUC-SP, ele não causou mudanças significativas, principalmente no currículo das faculdades de medicina do país e se limitou a áreas de ensino dentro da formação médica, mas está entre os marcos do início do movimento da formação médica para além dos limites do hospital. A partir das experiências e críticas obtidas com o programa IDA, os seus assessores e financiadores criaram o projeto UNI – União com a Comunidade, uma nova iniciativa em educação dos profissionais de saúde. Este projeto buscava mudanças pedagógicas mais efetivas, com envolvimento multiprofissional e

maior participação da comunidade. No Brasil participaram do projeto a Universidade de Londrina, a Faculdade de Medicina de Marília, a Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e a Universidade Nacional de Brasília. Certamente houve influência do projeto UNI sobre o processo de reformulação curricular da Faculdade de Medicina de Marília e da Universidade de Londrina (FEUERWERKER, 2002).

No final da década de 1980 e início de 1990, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e a Associação Paulista de Medicina iniciaram um movimento tentando impedir o exercício profissional de médicos oriundos de escolas consideradas por eles de qualidade inferior, consequência da proliferação de escolas médicas a partir da década de 1970, para o qual propunham um exame para os recém-formados que permitisse barrar o registro no Conselho. Em 1991, a ABEM que discordava desta proposta de exame, considerando que o processo de avaliação deveria acontecer ao longo da formação do futuro médico e não deveria contemplar apenas a parte cognitiva, mas todos os aspectos da formação médica criou a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) que agregou as entidades médicas do país, como a Academia Nacional de Medicina, a Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Federal de Medicina, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Nacional dos Docentes do Ensino Superior e os Conselhos Regionais de Medicina de São Paulo e do Rio de Janeiro. Essa comissão assumiu, em nível nacional, o papel de articular técnica e politicamente um movimento a favor da reforma do ensino médico e elaborar um projeto para avaliação do ensino médico no Brasil constituído de três fases (PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 1998).

Na primeira fase de avaliação, a Comissão trabalhou com 76 Escolas Médicas do Brasil, através de respostas a um questionário autoaplicado elaborado pela Comissão, a partir das quais as escolas não seriam classificadas; cada escola seria avaliada dentro da sua característica, tendo o objetivo geral da formação do médico competente para resolver a maioria dos problemas de saúde/doença, mantendo relação ética com o paciente, sua família, a comunidade e sua equipe de saúde. Esta fase permitiu identificar os principais problemas das escolas médicas no Brasil. Entre eles, a estrutura política administrativa centralizadora, a estrutura financeira sem autonomia, os recursos humanos escassos e mal preparados, o modelo pedagógico inadequado e a falta de expressão das instituições com relação ao seu papel de pesquisa e extensão (PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 1998).

A segunda fase se caracterizou por um período de ampla discussão e debates com 48 Escolas Médicas brasileiras, a partir dos dados obtidos na primeira fase, tendo por objetivo a construção de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica. Os dados obtidos na segunda fase confirmaram aqueles identificados na fase anterior e demonstraram, entre outros achados, “que a formação do docente em termos de pós-graduação estrito senso, bem como o regime de trabalho de 40 horas e de dedicação exclusiva estiveram associados a um melhor desempenho docente e a um melhor crescimento cognitivo dos alunos” (PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 1998).

Na terceira fase, foi elaborado um projeto de intervenção participativa, tendo como objetivo a "construção" das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico, levando à formação do médico adequado às demandas sociais contemporâneas. Isto é, um médico competente para realizar o raciocínio clínico, com domínio das técnicas de anamnese, construção da história médica e exame físico, atendimento de urgências e emergências e dos problemas comuns das diferentes especialidades médicas, nos diversos níveis de complexidade de atenção a saúde. Além disso, um médico com conhecimento de metodologia científica, com consciência crítica, com formação científica, ética e humanística, capaz de trabalhar em equipe multidisciplinar, com interesse em construir o SUS no local em que trabalha e participar de atividades regulares de educação continuada. Embora a terceira parte do projeto não tenha sido concluída, ele serviu como base para a elaboração das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina (PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 1998).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina homologadas pelo Conselho Nacional de Educação em 2001 preconizavam a formação do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, que deveria contemplar o sistema de saúde vigente no país, com a atenção integral a saúde.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. [...] Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe. (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde, tendo como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica à saúde, vem utilizando-se de sua prerrogativa para ordenar a formação de recursos

humanos para atender ao sistema. Em 2002, o Ministério da Saúde em associação com o MEC criou o PROMED (BRASIL, 2002), um programa dirigido às IES que se dispusessem a adequar a formação do médico para atender às necessidades do SUS, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. O PROMED teve como objetivo reorientar a formação dos profissionais de saúde, dos conhecimentos gerados e dos serviços prestados, com atenção especial ao fortalecimento da atenção básica à saúde. Para isso, propunha estabelecer protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; deslocar o eixo central do ensino médico para promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; ampliar os cenários e duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes.

Foi neste contexto que o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP iniciou os estudos para a reformulação do seu projeto pedagógico. No segundo semestre de 2001, foi nomeada a Comissão de Reforma Curricular, com o objetivo de elaborar o novo projeto pedagógico do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP, aprovado em 2005 e iniciado com a turma ingressante em 2006. Alguns destes fatores citados acima exerceram influência direta e outros podem ter participado indiretamente das mudanças propostas pela reforma curricular.

## **5.2 Determinantes internos da reforma curricular**

Para tentar identificar possíveis fatores internos que possam ter sido motivadores da reforma curricular da FCMS da PUC-SP foram utilizados dados coletados em pesquisa de documentos da FCMS que forneceram informações importantes e permitiram a reconstrução do ambiente da FCMS no período em que a reforma aconteceu. Alguns dados foram capturados nas entrevistas realizadas com os docentes. Embora as entrevistas tivessem o objetivo de avaliar o impacto da reforma curricular sobre a atividade docente, trouxeram algumas informações que merecem ser consideradas neste capítulo.

O objetivo da pesquisa sobre os determinantes internos da reforma curricular eram confirmar sinais da influência dos movimentos políticos, sociais e educacionais que descrevemos nas páginas anteriores, entre os determinantes externos, como possíveis determinantes dos rumos tomados pela FCMS em direção à reforma curricular, assim como identificar motivadores locais, próprios da comunidade acadêmica, para essa reforma.

Em relação à Universidade, PUC-SP, entre os documentos, avaliamos o Estatuto da PUC-SP de 11 de fevereiro de 1969, que organizou a estrutura administrativa e didática da Instituição, seguindo as orientações da Reforma Universitária de 1968 (MARSIGLIA 1995; MARTINS, 2009; PAULA, 2009), mostrando sua tendência em se manter em consonância com as propostas educacionais da sua época. Neste sentido, trazia como organização do regime didático a divisão da graduação em um primeiro ciclo de formação básica, para uniformização do conhecimento e um ciclo de formação acadêmica específica. Além disso, colocava fim ao regime de cátedras e estabelecia as disciplinas e a departamentalização como forma de organização acadêmica. A Faculdade de Medicina de Sorocaba foi incorporada pela PUC-SP em 1972 e seguiu o modelo acadêmico orientado pela PUC-SP. As entrevistas corroboram os dados obtidos nos documentos.

*Nos anos 70 nós tínhamos os alunos da medicina, da biomedicina e da enfermagem fazendo o ciclo básico em conjunto. [...] Nós tínhamos, antigamente, duas faculdades dentro do Centro, a de Ciências Médicas e a de Ciências Biológicas. (Nesta) ficavam as disciplinas de ensino básico e dentro da Faculdade de Ciências Médicas ficavam as disciplinas de ensino profissionalizante, reunidas em departamento de medicina e cirurgia. Na faculdade de Ciências Biológicas ficavam as disciplinas da área morfológica e patológica, chamadas ciências básicas. (Informação verbal)<sup>1</sup>.*

Embora tenham sido criados os departamentos e as disciplinas, alguns núcleos tentavam manter a força política baseada no Professor Catedrático, como em muitos outros cursos de medicina. Ao final da década de 1980 vê-se a diminuição clara desse poder, com o afastamento natural de grande parte destes “chefes de cadeira”, como eram designados os professores titulares responsáveis pelas disciplinas.

Em paralelo, o Projeto Pedagógico Institucional da PUC-SP de 2004 (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2004), utilizando a liberdade estabelecida pela LDB de 1996 que permitia a construção dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, com organização a partir de diretrizes curriculares e não mais a partir de um currículo mínimo, orienta a organização curricular em conteúdos disciplinares ou interdisciplinares (organizado em disciplinas, módulos, núcleos e outros); atividades práticas; estágios; atividades acadêmicas complementares (científicas e culturais); monitoria; iniciação científica; atividades de extensão como cursos e estágios de iniciativa do aluno; TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) e outros componentes. Novamente, a PUC-SP, como

---

<sup>1</sup> Docente entrevistado para este projeto.

Instituição, se coloca contemporânea às orientações educacionais para a formação em Ensino Superior.

Procurando encontrar sinais da movimentação da FCMS da PUC-SP em direção ao processo de estímulo à reformulação do ensino médico, que ocorreu tenuamente na década de 1980 e que no Brasil emergiu dentro do programa IDA, um modelo de ensino-assistência, com foco na reformulação do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, identificamos entre os documentos da FCMS da PUC-SP um encaminhamento do CCMB, como era designada a FCMS, para a Vice-reitoria acadêmica da PUC-SP, de uma Proposta do projeto PIDA, como meio de ingresso na 2ª etapa do programa “Nova Universidade”. Segundo o documento, o objetivo do projeto era “a conjugação de atividade de ensino e pesquisa da PUC-SP através do Centro de Ciências Médicas e Biológicas, campus Sorocaba, com as atividades assistenciais do Serviço de Saúde na área de abrangência do Município de Sorocaba e um Campus Avançado de Tapiraí – SP” (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 1986, p. 2). Embora esse projeto não tenha evoluído, assim como aconteceu em muitas outras instituições de ensino médico da época, essas informações coletadas na pesquisa mostram que já havia entre os membros da comunidade acadêmica aqueles que acreditavam na necessidade de sair do modelo tradicional de ensino da medicina, centrado no hospital.

Em seu livro *Avaliação de Políticas e Práticas Educacionais*, a Professora Isabel Cappelletti (2002) relata a sua experiência na participação de um processo de avaliação do Curso de Medicina do CCMB da PUC-SP, no início da década de 1990. Segundo Cappelletti (2002, p.14), “Entre as experiências que tenho realizado, escolhi para este relato, a que foi mais desafiadora, vivida em um Curso de Medicina”. O objetivo do projeto era analisar o currículo, visando sua reformulação. Entre muitas outras atividades descritas, foi construído um questionário, com 29 questões, aplicado em uma amostra de 128 sujeitos, professores e alunos. Em sua análise das respostas, ela identificou o conflito em duas áreas de escolha.

[...] um grupo valorizava a formação do médico generalista [...] priorizavam as grandes áreas da medicina como Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Obstetria [...] enfatizaram a capacidade do médico em diagnosticar [...] valorizavam a formação humanística [...] Um grupo que acreditava mais na especialidade [...] o homem como ser essencialmente biológico e seus órgãos e aparelhos como identidades mais ou menos isoladas [...] a doença como desvio de caráter individual de uma norma padrão demonstrável por métodos técnicos científicos. (CAPPELLETTI, 2002, p. 25).

Entretanto, segundo a autora (CAPPELLETTI, 2002), não apareciam discussões referentes à “função social do médico”, ao seu papel na saúde pública, às políticas de saúde, à

prevalência de problemas de saúde da população, à falta de médicos no interior do país e à socialização da medicina. Ela também relata que as disciplinas de caráter mais humanista e social eram mal avaliadas. Assim, considerava que mesmo o médico com visão mais generalista formado pela PUC-SP ainda estava longe de se aproximar do contexto social e político da época. Diante das observações desta comissão de avaliação, as disciplinas de medicina social, antropologia, psicologia e, mais tarde, enfermagem, disciplinas mais sociais, elaboraram um projeto de aproximação do estudante às comunidades de baixa renda do município de Sorocaba. Esse projeto foi incorporado dentro da matriz curricular, sendo, talvez, um dos primeiros movimentos de saída dos muros da FCMS da PUC-SP.

Em 1992, os alunos do 6º ano do Curso de Medicina participaram do primeiro "Provão", exame proposto pelo CREMESP para avaliação cognitiva do médico ao final do curso. Nesse primeiro ano a prova foi muito contestada. Muitas escolas médicas estimularam seus alunos a não comparecerem à prova. (Informação da autora) <sup>2</sup>

Em 1996, Curso de Medicina também participou da primeira fase do projeto CINAEM. Entre os documentos foram encontrados relatórios mostrando que os alunos fizeram os testes de avaliação cognitiva no início e no final do 6º ano do curso. Além disso, alguns docentes também participaram das reuniões da segunda fase do CINAEM, para o planejamento de um protocolo de reforma do ensino médico, que acabou não tendo prosseguimento.

Alguns documentos correspondentes ao período de 1995 a 1997 mostram a percepção do Departamento de Medicina e da Coordenação do Curso de Medicina em relação à necessidade de revisão do modelo disciplinar, da urgência na aproximação entre as disciplinas básicas e as disciplinas de prática médica, da falta de motivação dos alunos e da necessidade de mudanças no modelo de ensino. Entretanto, ainda sem força suficiente para desencadear a mudança efetiva.

Entre estes documentos, um relatório do planejamento acadêmico trienal 2º fase do Departamento de Medicina (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 1997) trazia uma análise em relação ao ensino e já colocava como pontos chaves a inadequação da matriz curricular, com grande distância entre o ensino teórico e prático, a necessidade de ter grupos menores de alunos para as atividades, a falta de apoio pedagógico para o ensino e a necessidade de qualificação do corpo docente.

---

<sup>2</sup> Eu, autora, aluna do 6º ano do Curso de Medicina da PUC-SP em 1992.

Foi salientado o grande intervalo existente entre o curso básico (1º ao 3º anos) e o curso clínico (4º e 5º anos) e também entre o curso “teórico” e o internato (considerado curso prático). Em decorrência disso, observa-se um rendimento diferente dos alunos, em geral melhor no curso teórico e pior no curso prático, tendo sido salientado um desinteresse progressivo do alunato à medicada que decorrem os anos de faculdade. [...] Intuito de tornar o curso teórico o menos teórico possível. Isto só pode ser viabilizado com pequenas turmas de alunos. [...] (também foi salientada) a falta de apoio pedagógico e didático. [...] O Departamento possui 55,9% do seu quadro de docentes com título de mestre e ou doutor, enquanto que 44,1% não tem titulação. Deste, 50% (ou seja 20) referiram interesse em cursar pós graduação, colocando como fator de impedimento o fato de não existir programa em Sorocaba (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 1997, p. 1-2).

O documento apresentava também uma projeção de proposta para uma reforma curricular que estimulasse o aluno a estudar; com ênfase em atividades teórico-práticas e com estímulo à interdisciplinaridade, à capacitação docente e ao suporte didático. Além disso, já colocava a necessidade de melhorias estruturais no *campus* Sorocaba da PUC-SP.

**a) REFORMA CURRICULAR:**

[...] através de um novo desenho curricular não se modifique apenas a grade horária, mas que se busque um novo enfoque cultural para o médico que se vai formar [...] criar uma mentalidade no alunato de estudo constante [...].

**b) ÊNFASE AO CURSO TEÓRICO-PRÁTICO:**

[...] as atividades práticas serão enfatizadas na tentativa de sedimentação deste conhecimento teórico.

**c) ESTÍMULO AO INTERCÂMBIO INTERDISCIPLINAR:**

[...] As disciplinas serão convidadas a apresentar estratégias para que não haja repetição de aulas teóricas [...]

**d) ESTÍMULO À CAPACITAÇÃO DOCENTE:**

[...] É muito grande a expectativa quanto a criação do programa de pós- graduação no nosso centro [...]

**e) SUPORTE DIDÁTICO:**

É fundamental que se consiga uma assessoria pedagógica presente no campus Sorocaba, bem como mudanças estruturais e melhorias nas salas de aula e biblioteca. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 1997, p. 5-6).

Em um projeto de “Avaliação do Curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC-SP” (PUC, 1999), o coordenador de curso de medicina também faz um relato de seu período de gestão de 1995 a 1999, em que coloca a falta de integração entre as disciplinas como um ponto importante a ser discutido para melhorar a qualidade do ensino.

Dentre essas falhas uma das mais graves tem sido a falta de integração entre os programas das disciplinas afins, o que tem dificultado se chegar a um objetivo comum. Se faz desta forma urgente a integração interdisciplinar e a sistematização de alguns procedimentos acadêmicos, com finalidade única de otimização de nossa infraestrutura e melhora na qualidade do ensino, diante da globalização acelerada que o conhecimento científico tem passado. (PUC, 1999, p. 2).

Em 1997, o Conselho Regional de Medicina enviou um relatório dos Testes Cognitivo Inicial e Final e o Resultado Geral das Escolas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 1997). A partir destas informações, foi feita uma análise interna das notas obtidas pelos alunos que fizeram a teste do CINAEM, como indicado por documento pesquisado, sugerindo que o internato, parte prática do curso, compensava as falhas existentes na parte teórica.

[...] no teste inicial nossa escola tem exatamente o mesmo índice de participação da média das demais escolas, ficando abaixo [do índice de participação] no teste final, aparentemente sem comprometer a comparação dos resultados. [...] Nossos alunos chegam ao internato com conhecimento abaixo da média das demais escolas [...] já em seu final nossos alunos ficam acima da média das demais escolas. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 1998).

Em 2001, foi feita a proposta de ampliação do internato do Curso de Medicina do CCMB (lembrando que internato se refere ao período em que o aluno de medicina exerce a prática médica sob a supervisão do corpo clínico em um hospital, estagiando em diversas especialidades). Foi anexada ao Processo de Ampliação do Internato de Medicina (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2001) uma carta do Centro Acadêmico Vital Brasil (2001) à Comissão de Ensino e Pesquisa que mostra que já havia insatisfação por parte dos alunos em relação à falta de reformulação do internato:

Observa-se uma vital importância desta aprovação, o que levará conseqüentemente a uma melhoria no aprendizado e formação acadêmica, ampliando nossas chances de conquista no amargo processo de seleção para o ensino de pós-graduação (Residência Médica), atendendo desta forma os critérios impostos pelas entidades que oferecem o curso de Residência Médica. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2001b).

Também observamos no documento de proposta de ampliação do internato que essa ampliação do tempo de internato já estava atrasada em relação a outros cursos de medicina: “O Estado de São Paulo oferece 22 cursos de Medicina. Dentre eles, apenas dois possuem internato com duração de um ano: [...] e Sorocaba. Todos os demais têm internato de dois anos.” (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2001a, p. 5).

Mesmo assim, parecia haver necessidade de convencimento de sua necessidade, por parte dos proponentes, mostrando, talvez, certa dificuldade na concretização das mudanças, embora fossem percebidas como necessárias por parte da comunidade acadêmica.

Esses documentos nos permitem inferir que no final da década de 1990 a comunidade acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP sentia necessidade da atualização e mudança no Curso de Medicina, não estava marginalizada ao movimento de reformulação do

ensino médico que existia em algumas IES, mas não aparecia como uma Instituição organizada para efetivar essa mudança.

Em 1999, o Departamento de Política do Ensino Superior, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação fez uma avaliação das condições de oferta dos cursos de medicina e o Curso de Medicina da PUC-SP passou por essa avaliação. O relatório desta avaliação (BRASIL, 2000) foi encaminhado ao Diretor da Faculdade de Ciências Médicas em junho de 2000. A avaliação se dividia em “Organização Didático-pedagógica”, “Corpo Docente” e “Instalações”. Neste relatório o Curso de Medicina recebeu no conceito global CB (condições boas) para a organização didático-pedagógica, CR (condições regulares) em relação ao corpo docente e CR para as instalações.

Em relação à organização didático-pedagógica foram considerados para avaliação a organização curricular, a orientação docente no internato, a fixação dos internos na Instituição, a organização do internato, a política de qualificação acadêmica e técnico administrativa, a política de apoio e desenvolvimento discente, a extensão, a residência médica, o apoio didático-pedagógico e a auto avaliação. Foram relatados como pontos fortes: “Incentivo à iniciação científica e monitorias (discentes). Residência Médica consolidada e credenciada nas 4 áreas com ampliação para as várias especialidades. Motivação da comunidade acadêmica em melhoria e aperfeiçoamento do processo.”

Entre os pontos fracos:

[...] mecanismos de avaliação interna incipiente. Estrutura curricular inadequada. Internato restrito a 1 ano e primordialmente hospitalocêntrico, não contemplando atenção primária à saúde (APS). Ausência de coordenação de extensão. Plano de capacitação docente (*strictu sensu*) não consolidado. (BRASIL, 2000, p. 126).

Nas recomendações em relação à organização didático-pedagógica orientava que se fizesse uma reformulação do currículo com aproximação do discente da prática médica nas fases mais precoces do curso, integração entre as disciplinas básicas e clínicas de forma interdisciplinar, busca mais ativa do conhecimento pelo aluno e aproximação do aluno da atenção primária à saúde. Além disso, reforçava a necessidade de ampliar o internato para, no mínimo, três semestres, com perspectiva integrada, sendo o item de maior impacto no conceito recebido, CR.

Em relação ao corpo docente foram citados como pontos fracos a baixa titulação do corpo docente e a pouca dedicação ao curso pela maior parte do corpo docente. Estiveram entre os pontos fortes:

Adequação da formação profissional do docente às disciplinas correspondentes. Experiência profissional do corpo docente. Existência de plano de carreira com critérios bem definidos de progressão funcional Existência de projeto de implantação de curso de mestrado na instituição. (BRASIL, 2000, p. 125).

Houve recomendação para ampliar o número de docentes com 20 horas ou mais de dedicação ao curso, tomando isso como um ponto de partida para viabilizar um plano de capacitação docente, visando minimizar a baixa titulação dos docentes. Os dados do relatório mostram que 42,22 % dos docentes da área básica e apenas 24,22% dos docentes da área profissional eram titulados (mestrado ou doutorado). Além disso, apenas 6,40% dos docentes trabalhavam em regime integral (40 horas de dedicação ao curso) e 36,95 % em regime parcial (20 horas ou mais de dedicação ao curso). A maioria dos docentes (56,65%) estava em regime de tempo parcial, com menos de 20 horas de dedicação ao curso.

Em relação às instalações, foram considerados pontos fortes o complexo hospitalar, de relevância regional e social e a localização da faculdade e do complexo hospitalar no mesmo *campus*. Entretanto, foram citados como pontos fracos:

Salas de aulas do prédio da Faculdade em formato de grandes auditórios, contemplando prioritariamente, metodologias tradicionais de ensino. Carência de salas destinadas ao ensino de pequenos grupos. Ausência de laboratório de técnica cirúrgica, embriologia e biofísica. Equipamentos dos laboratórios, de forma geral, necessitando de renovação. Hospital Escola Santa Lucinda pouco utilizado para o ensino da graduação. Pouca facilidade, pelos usuários, de acesso à informação, tanto via informática como acesso direto ao acervo da biblioteca. (BRASIL, 2000, p. 127).

Este último com peso fundamental para o conceito regular obtido na avaliação.

Embora esse documento traga informações de uma avaliação externa, ele se baseou em informações fornecidas pela própria Instituição e em consonância com uma série de colocações que já haviam sido feitas nos documentos descritos previamente. Provavelmente, esse relatório pôde ser utilizado como um reforço entre aqueles que já viam a necessidade de revisão na forma de ensinar e na necessidade de rever a qualidade do profissional que estava sendo formado pela Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP, não só em relação ao conhecimento, mas também quanto à adequação do profissional formado às necessidades da população. Certamente se colocava um conflito entre as necessidades do SUS, do mercado de trabalho e das provas de residência, principalmente na disputa das vagas mais concorridas para algumas especialidades médicas.

A capacitação docente está entre os possíveis itens motivadores da reforma curricular. Comparando os dados do relatório da avaliação do MEC de 1999 e o relatório da comissão de avaliação para renovação do reconhecimento do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP pelo MEC, realizado em agosto de 2012, observa-se no último que: “[...] o corpo docente é

composto por professores experientes e majoritariamente com pós-graduação stricto sensu (83,2%) [...] quase todos os docentes são contratados em regime parcial ou integral”.

O material pesquisado não trouxe informações que pudessem esclarecer como se deu a qualificação do corpo docente entre 1999 e 2012, mas os dois relatórios mostram que houve melhora na qualificação do corpo docente em atividade a partir de 1999, lembrando que a maioria dos docentes integrantes do curso em 2012 já estava em atividade naquele período.

Talvez o equacionamento entre os diferentes cargos administrativos dentro do CCMB, depois FCMS da PUC-SP, entre 2000 e 2008 (todos eletivos) tenha sido um dos maiores responsáveis pela iniciativa de se realizar a reforma curricular. Como já foi bem observado por Feuerwerker (2002) em suas descrições dos processos de reforma curricular do ensino médico por outras IES, para que as reformas aconteçam deve haver uma sequência de situações favorecedoras que envolvem a comunidade acadêmica, a administração da Instituição que quer promover as mudanças e uma disposição dos órgãos públicos administradores da saúde, em todos os seus setores, isto é, municipal, estadual e federal. Além de articulação política por parte daqueles que pretendem gerenciar o processo, precisa haver consonância entre esses diversos setores e a proposta de reforma que se faz.

Entre 2000 e 2008, docentes com experiência na vida acadêmica e administrativa, pois tiveram outros cargos em seus departamentos principalmente entre 1992 e 2000, ocuparam, por duas gestões, cargos eletivos centrais na administração da CCMB da PUC-SP. Reunindo o conhecimento das demandas da comunidade, disposição, poder de decisão e comprometimento com o processo de mudanças exigidas, eles foram os artífices da reforma que progressivamente foi conquistando os docentes e a comunidade. A viabilização das mudanças foi favorecida pelo reconhecimento desta equipe pela Reitoria da Universidade, pela conquista do financiamento externo (PROMED) e pela capacidade de articulação política estabelecendo parcerias nos novos cenários de prática, particularmente na atenção primária.

Os documentos pesquisados na Instituição confirmam que havia um movimento crescente em direção à reforma curricular, que antecedeu as diretrizes curriculares de 2001 e se construiu antes do PROMED. Além disso, verifica-se que a FCMS da PUC-SP não esteve alheia aos movimentos externos em direção à reformulação do ensino médico.

Fazendo uso da fala de um dos docentes entrevistados, verifica-se que realmente existia na comunidade acadêmica percepção clara de necessidade de mudança, principalmente naquilo que se refere ao modelo de ensino/aprendizagem.

*Meses antes de mudar o currículo, eu sinceramente tinha pensado em parar de dar aula, porque era um desgaste enorme. Eu dou aula desde 85. Então, eu sempre gostei. Acho uma coisa muito gratificante. Mas nos últimos anos do currículo velho eu estava desanimado, porque eu ia lá dar aula para 100 alunos e ninguém prestava atenção. Tinham sempre aqueles cinco que prestavam atenção. Eu falava muitas coisas, desnecessárias, detalhes muito específicos da especialidade, meio inútil, e eles não aproveitavam. Então a ideia da mudança, eu sempre vi com bons olhos. Porque eu não sabia o que fazer, mas eu sabia que uma mudança tinha que acontecer.*(Informação verbal)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Docente entrevistado para este projeto.

## 6 IMPACTOS DA REFORMA CURRICULAR

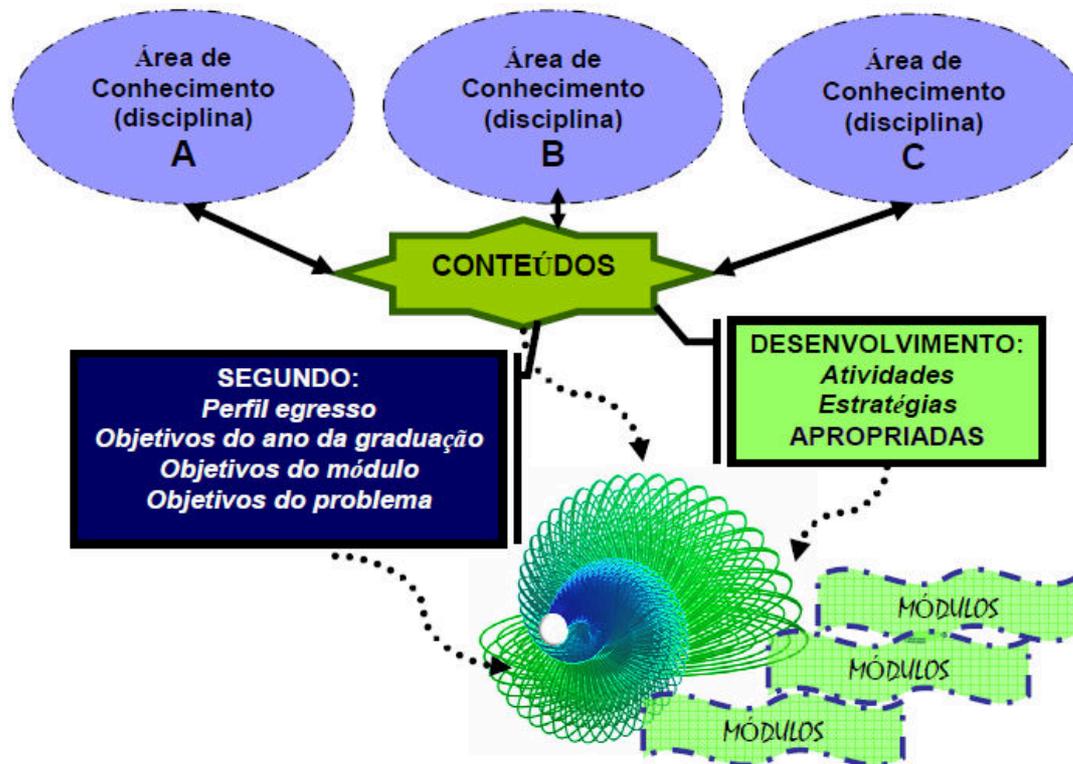
No modelo tradicional de ensino, vigente na FCMS da PUC-SP até 2006, cada disciplina, caracterizada por uma especialidade, organizava seu conteúdo dentro do calendário estabelecido e escolhia como o conteúdo seria administrado e o aprendizado avaliado. Algumas disciplinas organizavam-se com um projeto mais estruturado, com um programa colocado logo no seu início e com regras claras de avaliação. Em outras, mesmo dentro das disciplinas, havia apenas uma distribuição dos temas a serem apresentados, geralmente o mesmo professor com o mesmo tema e cada professor tinha autonomia para escolher a forma da apresentação. Na imensa maioria das vezes, a avaliação se fazia através de uma prova ao final de cada disciplina, em que cada professor colocava uma pergunta e se responsabilizava por corrigi-la. As disciplinas eram completamente independentes umas das outras.

Como discutido por Berbel (1998), quando comparando a ABP e a problematização, a primeira implica em um conjunto de mudanças dentro do ambiente acadêmico, não se limitando às esferas pedagógicas, mas gerando também mudanças administrativas, acadêmicas e estruturais. Há a necessidade de redistribuir as atividades dos professores, mudar o tamanho das salas, adequar a biblioteca, criar espaço físico e tempo para o estudo, ou seja, uma reorganização da instituição disposta a mudar, em seus aspectos físico e humano. Esse modelo pedagógico exige uma coordenação contínua, pois os módulos se interligam continuamente, mas dependem das relações humanas para que se mantenham alinhados.

A ABP gera uma necessidade de inter-relação e cria certa dependência entre as diferentes atividades da matriz curricular, como bem ilustrado pela comissão de reforma curricular no projeto pedagógico da FCMS da PUC-SP, figura 1 (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009).

Além disso, os conteúdos são estabelecidos para os módulos e as avaliações não são mais realizadas pelos próprios docentes que participaram do processo de aquisição do conhecimento.

Figura 1 - Projeto Pedagógico da FCMS



Fonte: (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009).

### 6.1 Modelo atual do Curso de Medicina da FMCS da PUC-SP

De acordo com o projeto pedagógico (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009), a atual organização curricular do curso de medicina da FCMS da PUC-SP tem como objetivos gerais, estabelecidos desde 2005, priorizar a educação problematizadora em detrimento da educação tradicional; centralizar o ensino nas necessidades do aluno; garantir o contato do aluno de medicina, desde o primeiro ano da faculdade, com as realidades de saúde e socioeconômicas da comunidade; realizar um processo educativo interativo e construtivo; individualizar a educação e realizar avaliação diferenciada, integrada e integral.

Os objetivos específicos, estabelecidos a partir de 2010, são distribuídos dentro da organização curricular do Curso de Medicina da PUC-SP, que se desenvolve segundo eixos norteadores, com blocos integradores interdisciplinares. De acordo com o projeto pedagógico, no momento desta pesquisa, os eixos se distribuíam como apresentado abaixo:

**1º ANO**

**Eixo Curricular do Ano:** Mecanismos Regulatórios Fundamentais da Vida Humana

**Subeixo:** Promoção a Saúde e Proteção Específica (A Ser Desenvolvido no Módulo de Prática em Atenção à Saúde I).

**Objetivos:**

1. Relacionar os aspectos morfológicos celulares, teciduais, dos órgãos e dos sistemas com as diversas funções orgânicas e o controle das mesmas;
2. Interpretar as influências das condições sociais, ambientais e dos serviços de saúde no binômio saúde e doença e seus determinantes.

**2º ANO**

**Eixo Curricular do Ano:** Agressões Ao Organismo, Mecanismos de Defesa e Adoecimento.

**Subeixo:** Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato (a ser Desenvolvido no Módulo de Prática em Atenção à Saúde II).

**Objetivos:**

1. Entender como as células, tecidos, órgãos e sistemas reagem frente a um determinado tipo de agressão e as consequências dessa interação.
2. Discutir o mecanismo de ação dos fármacos indicados para a cura ou controle do processo patológico instalado.
3. Entender as alterações biopsicossociais relacionadas aos diferentes tipos de agressões.

**3º ANO**

**Eixo Curricular do Ano:** Ciclo Da Vida.

**Subeixo:** Análise dos Programas de Atenção Integral à Saúde (a ser Desenvolvido no Módulo de Prática em Atenção a Saúde III).

**Objetivos:**

1. Conhecer e compreender o ciclo de vida do ser humano e suas características, considerando as dimensões física, psicológica e social e suas alterações quando acometido por doenças.
2. Aprofundar o estudo do sistema reprodutor e suas doenças prevalentes.
3. Conhecer e discutir os programas do ministério e das secretarias da saúde para cada etapa da vida.

**4º ANO**

**Eixo Curricular do Ano:**

Grandes Temas em Medicina

**Subeixo:** Avaliação da Efetividade do Sistema de Atenção a Saúde (a ser Desenvolvido no Módulo de Prática em Atenção à Saúde IV).

**Objetivos:**

1. Conhecer e identificar os principais sinais e sintomas, correlacionando-os com seus mecanismos fisiopatológicos.
2. Reconhecer as doenças sistêmicas prevalentes.
3. Identificar as urgências e emergências e planejar as medidas terapêuticas adequadas.
4. Analisar e debater a efetividade do sistema de atenção à saúde.

**5º E 6º ANOS – INTERNATO**

Nesses dois anos do curso se desenvolve o estágio curricular obrigatório, denominado classicamente de Internato (e os estudantes passam a ser internos). Este se caracteriza por atividades eminentemente práticas, sob supervisão docente, e que se concentra nas cinco grandes áreas da atividade médica: Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Clínica Cirúrgica; e Saúde Coletiva, além de estágios eletivos que podem acontecer intra ou extramuros.

**Objetivos:**

1. Ampliar o senso de responsabilidade do estudante, que assumirá efetivamente o cuidado dos pacientes nos diversos cenários de aprendizagem;
2. Capacitar o aluno para a tomada de decisões, seja quanto à abordagem diagnóstica, seja quanto à terapêutica;
3. Levar o estudante a valorizar a relação médico-paciente e a ter postura ética, acolhedora e humana;
4. Ampliar suas habilidades para a obtenção de anamnese, exame físico, criação de hipóteses diagnósticas, escolha racional dos exames complementares e abordagens terapêuticas em crianças, adultos e idosos;
5. Capacitar o interno a executar com segurança e em tempo hábil procedimentos (incluindo os de suporte à vida), como: flebotomia, instalação de cateteres centrais (intracath), drenagem de tórax, intubação orotraqueal, suturas, drenagens de abscessos e hematomas, biópsias de pele e linfonodos, ressecção de pequenas lesões de pele e subcutâneo, passagem de sondas uretral e nasogástrica, manobras de ressuscitação cardiorrespiratória; • capacitá-lo a executar adequadamente o pré-natal e o parto normal, e a assistir clinicamente ao recém-nascido normal;
6. Capacitá-lo a executar o exame ginecológico, reconhecendo as principais afecções da área e seu tratamento adequado;
7. Capacitá-lo a executar e a se responsabilizar pelo atendimento domiciliar, pela internação domiciliar e pelos cuidados paliativos;
8. Capacitá-lo a acompanhar e cuidar no domicílio aqueles pacientes que estiveram sob seus cuidados no hospital;
9. Capacitá-lo a selecionar criticamente os casos e a encaminhar aqueles que necessitem de tratamento especializado, referenciando-os para serviços de maior complexidade. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 55-57, **grifo nosso**).

Para atingir os objetivos citados acima, o modelo curricular atual em prática no Curso de Medicina da PUC-SP utiliza-se das quatro estratégias de ensino/aprendizagem, sendo elas a ABP, a Metodologia da Problematização, a Metodologia da Pesquisa ou por Projetos e a Metodologia Baseada na Prática. Ou seja, a metodologia de ensino é proativa, valorizando a capacitação do indivíduo para a busca de soluções de problemas como o grande estímulo para o exercício da educação continuada. Além disso, o estudante é exposto, desde o início do curso, aos problemas de saúde mais relevantes da população brasileira. Além dos tradicionais enfoques morfológico, fisiopatológicos e clínicos das doenças, também são abordadas as suas particularidades sociais e éticas.

O cenário de prática foi ampliado. O período do internato, com atividade hospitalar e em ambulatórios de especialidades, foi estendido para dois anos. Além disso, os alunos têm atividades em PAS desde o primeiro ano do curso, utilizando as unidades dos serviços de saúde municipal. Portanto, o aluno exercita a prática médica nos diversos níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade), dentro do sistema hierarquizado do SUS.

Paralelamente, outras inovações foram introduzidas no currículo, tais como disciplinas, módulos e estágios eletivos; módulos de português, inglês e informática para a medicina e atividades complementares ao longo do curso que são pontuadas de acordo com a sua importância e complexidade. Com esse pano de fundo, a mudança curricular trouxe, em seu bojo, inúmeras mudanças nas práticas diárias dos docentes do curso de medicina da FCMS da PUC-SP. Portanto, são muitas as mudanças operadas quando se opta pela mudança do método tradicional de ensino para as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Algumas dessas mudanças desencadeadas pela escolha da ABP serão apresentadas nas próximas páginas.

## **6.2 Estrutura física da Faculdade de Medicina**

O prédio da Faculdade de Medicina foi construído ao final de 1940, para o seu funcionamento sob o modelo catedrático, orgânico, para o estudo “para dentro dos muros”. Ele se caracterizava por salões para o estudo da anatomia, patologia e bioquímica; salas de aula que abrigassem os 100 alunos na maior parte do tempo, com uso de poucos recursos didáticos. Hoje ele é composto por salas menores, em sua grande maioria, com recursos audiovisuais. Muitas destas salas foram reformadas para atender as habilidades e consultorias.

Hoje, em um breve passeio pela área interna no prédio verifica-se que no andar térreo que antes tinha a biblioteca, que ocupava um pequeno espaço, um grande salão para autópsia e outro para anatomia, hoje se estrutura com salas menores, para atividades em grupos pequenos, como técnica cirúrgica e recebeu um laboratório morfofuncional, indispensável para as atividades de estudo necessárias dentro do currículo atual.

O primeiro andar mantém parte de sua estrutura, pois é o andar administrativo, mas a antiga sala da direção do centro foi dividida, criando espaço para o coordenador de curso e demais cargos administrativos. Além disso, o corredor que abriga a histologia e a biologia foi reformado e teve duas salas reformadas para as sustentações práticas e consultorias dentro destas áreas do conhecimento, além do auditório para 100 alunos, na parte central deste corredor, que também foi reformado.

O segundo andar, que antes se dividia em dois grandes laboratórios nas extremidades, sendo um para bioquímica e outro para a fisiologia, com muitas bancadas e pouquíssimos recursos materiais, com uma sala para 100 alunos em sua área central, hoje, embora mantenha

os laboratórios, tem salas menores, mobiliadas para as sessões de tutorias, uma sala de aula para 30 alunos, e duas salas de laboratório, menores.

O terceiro andar, que como o segundo andar se dividia primordialmente em dois salões de laboratório nas extremidades, sendo um deles o de imunologia, muito desprovido de recursos didático pedagógico. Na extremidade oposta, a área da patologia, que recebeu uma porta de vidro que a separa do corredor central, tem salas menores ao longo do corredor e o salão da patologia nas extremidades. Também neste andar foram reformadas e mobiliadas algumas salas para receberem os grupos de tutorias.

O quarto andar teve seus dois auditórios reformados e hoje também abriga duas salas com tamanho intermediário, seis salas para tutoria e um laboratório de informática.

A biblioteca, onde certamente aconteceu a maior mudança, contava com pouco espaço para o estudo, funcionava primordialmente como local de armazenamento dos livros a serem consultados. A mudança para a ABP exigiu a criação de espaços dentro da biblioteca para o estudo individual e em grupo. A coincidência com os avanços da tecnologia, que aconteceram simultaneamente, aumentaram as possibilidades de acesso aos artigos, aos livros e a outras fontes de pesquisa, ampliando as possibilidades de uso da biblioteca. No final da década de 1980, a biblioteca ocupava uma sala no subsolo do prédio da faculdade e hoje ela está colocada em um prédio anexo ao prédio central e se divide em três andares, com amplo espaço com mesas, computadores, pequenas salas para grupos tutorias e um anfiteatro muito bem estruturado, inclusive com equipamento de teleconferência. Anexa e integrada à biblioteca existe uma central de cópias.

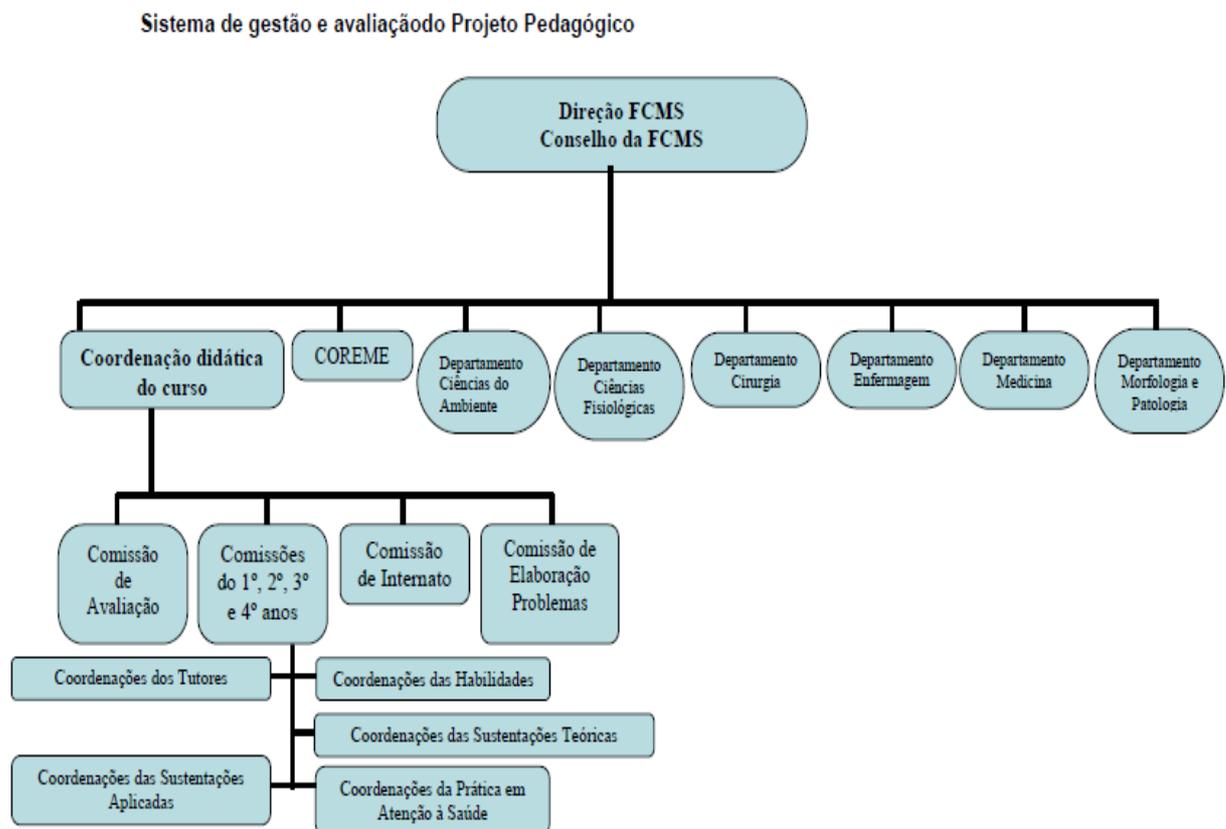
Em outro prédio próximo à biblioteca existem as salas de simulação equipadas com bonecos de simulação realística e peças de partes específicas de bonecos para atividades destinadas a adquirir ou aperfeiçoar habilidades específicas como ausculta cardíaca ou respiratória e procedimentos como punção venosa, sondagem vesical, exame ginecológico, drenagem de tórax, procedimentos de ressuscitação, incluindo simulação de alterações eletrocardiográficas comuns nestas ocasiões. Desta forma, os alunos passaram a aprender e praticar estes procedimentos antes de realizá-los, mesmo com assistência, nos pacientes.

### **6.3 Estrutura Administrativa**

Esse organograma (figura 2) dá uma ideia da distribuição das atividades de gestão do projeto pedagógico da FCMS da PUC-SP, dentro do modelo das metodologias ativas. Podem

ocorrer pequenas mudanças nas funções e atividades propostas a cada ano, mas sempre dentro de uma mesma ideia. Algumas atividades com mais representação dentro deste modelo da ABP serão descritas abaixo.

**Figura 2 - Projeto Pedagógico da FCMS**



Fonte: (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009)

Esse organograma (figura 2) dá uma ideia da distribuição das atividades de gestão do projeto pedagógico da FCMS da PUC-SP, dentro do modelo das metodologias ativas. Podem ocorrer pequenas mudanças nas funções e atividades propostas a cada ano, mas sempre dentro de uma mesma ideia. Algumas atividades com mais representação dentro deste modelo da ABP serão descritas abaixo.

### 6.3.1 Coordenador de curso

A coordenação de curso, que já existia dentro do currículo tradicional, ganha relevância dentro da ABP, pois ela é a responsável pelo gerenciamento do programa. Cabe a

coordenação manter a integração entre as diferentes atividades propostas dentro do projeto pedagógico. O coordenador de curso e seu vice são eleitos, com mandatos bem definidos e carga horária específica para a atividade. Cabe também a coordenação identificar as fragilidades ao longo do percurso, que possam ser corrigidas rapidamente e aquelas que exigem discussões mais amplas, com mudanças mais complexas. Pode-se considerar que houve um crescimento no papel da coordenação de curso em relação aos departamentos. O modelo Flexneriano é departamental, com fragmentação em disciplinas. No modelo da ABP os departamentos perdem espaço em sua importância e discute-se até mudar a organização acadêmica, desfazendo os departamentos.

### 6.3.2 Comissão de elaboração de problemas

Na ABP, os problemas precisam ser cuidadosamente elaborados para que levem o estudante a atingir os objetivos de aprendizagem, previamente estabelecidos no currículo. A ABP não é uma metodologia com liberdade de conteúdo. Os conteúdos são previamente estabelecidos e os problemas servirão como intermediários entre os objetivos de aprendizagem e a aquisição ativa de conhecimento pelo estudante. Para isso, há a necessidade de uma equipe que trabalhe para que os problemas permitam que os alunos atinjam os objetivos de aprendizagem estabelecidos para cada módulo, respeitando a cronologia, que não pode ser perdida, pois o estudante será avaliado a cada módulo, dentro dos conhecimentos científicos.

### 6.3.3 Comissões de série

Do 1º ao 4º ano do curso formam-se comissões de série responsáveis pela organização das atividades, com um docente coordenador. Não existe formalidade, mas uma distribuição das atividades entre os docentes que compõem o curso em cada ano. Há a necessidade de garantir que as atividades aconteçam segundo a seguinte sequência: escolher os problemas a serem colocados para cada módulo, construir, aplicar e corrigir as avaliações e principalmente, manter a integração entre as tutorias, habilidades e sustentações, direcionando as atividades de acordo com as fragilidades observadas durante as atividades de ensino/aprendizagem.

#### 6.3.4 Comissão de avaliação

A Comissão de avaliação tem a função de observar e de fazer intervenção sobre o andamento do projeto pedagógico, de acordo com as necessidades. Ela não é responsável pela avaliação do conteúdo somativo ou formativo. Embora ela possa ser acionada em momentos de impasses nas questões de avaliação de conteúdo, cabe a ela realizar uma avaliação mais global e contínua do processo de formação do profissional, de acordo com as propostas estabelecidas pelo projeto pedagógico.

#### 6.4 Matriz Curricular

A matriz curricular sofreu grande mudança em decorrência da escolha da ABP como eixo principal do aprendizado teórico do currículo do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.

O anexo C apresenta a grade curricular do modelo curricular tradicional, no qual se observa uma distribuição das disciplinas e das horas semanais destinadas a cada uma delas. Observa-se uma clara individualização e uma divisão baseada em especialidades. A distribuição das aulas se fazia quase de maneira linear. As aulas ou atividades se distribuía das 8:00 às 9:40 horas, das 10:00 às 11:40 horas e das 13:20 às 15:00 horas e das 15:20 às 17:00 horas.

No anexo D está exposta a matriz curricular proposta para a ABP, com atividades bem variadas.

No anexo E pode-se observar a distribuição das atividades diárias dentro do novo modelo curricular. Tomando a tutoria como ponto de partida, as demais atividades são distribuídas com a finalidade de proporcionar ao aluno tempo e suporte para atingir os objetivos de aprendizagem estabelecidos para cada problema.

##### 6.4.1 Tutoria

Na FCMS da PUC-SP as sessões de tutoria seguem os sete passos descritos por Mamede et al. (2001 apud PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO,

2009, p. 46), como já exposto no capítulo 5. Até o momento desta pesquisa, nos primeiros anos do curso aconteciam duas sessões de tutoria por semana, com abertura e fechamento de cada problema.

#### 6.4.2 Prática de Atenção à Saúde (PAS)

As atividades de PAS ocorrem principalmente nas unidades básicas de saúde, com equipes de saúde da família. Seguem a estratégia de ensino da Problematização e da aprendizagem baseada em projetos, também utilizada por outras IES. Essas estratégias se adequam muito bem a este conteúdo de aprendizagem, pois o aluno é colocado diante de muitas situações reais de problemas e são favorecidas pela própria necessidade contínua de encontro de soluções para os problemas. O envolvimento do aluno com as atividades diárias nas unidades de saúde e a possibilidade de volta para esse meio com intervenções que possam trazer algum benefício para a dificuldade que tenham sido identificadas criam o ambiente perfeito para o aprendizado.

#### 6.4.3 Sustentação aplicada

Utiliza a aprendizagem baseada na prática para constituir espaços destinados a dar oportunidade aos estudantes de participar, vivenciar, observar atividades práticas executadas sob tutela docente,

[...] e que possam contribuir para o alcance dos objetivos de aprendizagem do módulo em desenvolvimento, ilustrar e dar suporte ao processo de aprendizagem, aplicar na prática aquilo que foi aprendido na teoria e oferecer oportunidade para melhorar entendimento sobre tópicos específicos. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 201-202)

#### 6.4.4 Sustentação Teórica

A sustentação teórica é a única atividade programada para que todos os alunos do módulo participem. Portanto, deve utilizar-se de técnicas de aprendizagem para grandes grupos, como aula expositiva dialogada, mesas de discussão, debates, reuniões anátomo-clínicas. A sustentação teórica deve:

Prover a visão geral do módulo (de forma contextualizada, propiciando conexões entre diferentes temas abordados no módulo em desenvolvimento ou entre os módulos), favorecer o entendimento de tópicos difíceis; prevenir ou corrigir concepções incorretas; apresentar assuntos para os quais os estudantes ainda não têm conhecimentos prévios; expor experiências pessoais ou informações inexistentes ou de difícil acesso. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 202)

É preciso muito cuidado para que a sustentação teórica não se transforme no conhecimento final, mas se mantenha como mais um instrumento de aprendizagem.

#### 6.4.5 Habilidades

[...] abrange treinamento supervisionado para atingir competências sobre comunicação, aplicação adequada da semiologia, embasadas na postura ética e respeitosa nos diversos ambientes de trabalho e para com todos os envolvidos no processo de atenção à saúde. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 202)

As habilidades utilizam a aprendizagem baseada na prática, tendo como objetivo: “[...] a aquisição de habilidades fundamentais à prática médica no âmbito de seu envolvimento com o paciente ou o usuário do sistema de saúde e seus familiares”. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 202).

A Enfermagem e a Psicologia foram incorporadas as habilidades no 1º e 2º ano do curso, devido à sua importância na aquisição das habilidades e competências fundamentais à formação médica.

#### 6.4.6 Estudo autodirigido:

Corresponde aos períodos em que os alunos fazem a busca ativa e individual das soluções necessárias para o esclarecimento das hipóteses levantadas na sessão de tutoria em que o problema foi aberto, bem como dos pontos necessários para a concretização da problematização no módulo do PAS ou outras tarefas induzidas pelos professores nas diferentes atividades didáticas (repetição de treinamentos, elaboração de portfólios, etc.). (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 205)

Pode-se utilizar como recurso para o estudo os livros e os periódicos disponíveis na biblioteca, ou *online*, os laboratórios, os hospitais e os ambulatórios. Além disso, pode se utilizar a consultoria com especialistas da área em questão como instrumento de aprendizagem.

Consultoria: O encontro entre o estudante e o professor-consultor denomina-se consultoria. A função dos consultores é atuar como um recurso de aprendizagem (BARROWS, 1985 apud PUC-SP, 2009, p. 205). O consultor deve ajudar na elucidação de conceitos, sem, contudo, dar uma resposta pronta para uma dúvida. A busca pela consultoria se torna mais produtiva quando existe uma pergunta clara a ser respondida.

Os consultores fundamentalmente auxiliam o estudante mediante uma análise crítica dos recursos que ele utilizou (e que não permitiram resolver suas dúvidas); ajudam-no a entender e a utilizar a informação obtida. Uma vez que a informação foi estudada, os consultores podem induzir a reflexão sobre essa informação para que o estudante possa entender um conceito ou um mecanismo. Esses consultores devem estar disponíveis em horários e locais divulgados aos alunos. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 206)

#### 6.4.7 Área do aluno

Espaço de apropriação do aluno para construção de seu projeto pessoal e desenvolvimento de atividades que ele julgar necessárias, como monitorias, iniciação científica, atividades esportivas ou culturais, participação em ligas acadêmicas, participação em projetos de extensão ou culturais, atividades do Centro Acadêmico Vital Brazil, etc. Algumas destas atividades, obedecendo a critérios estabelecidos pelo colegiado do Curso de Medicina, compõem as chamadas atividades complementares. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 207)

### 6.5 Avaliação

No modelo tradicional do curso de medicina, até o quarto ano do curso, grande parte do conhecimento era avaliado através de questões objetivas, tendo como objetivo avaliação cognitiva. No internato (dois últimos anos do curso, para a prática da medicina), as avaliações eram mais subjetivas, baseadas principalmente nas práticas diárias e, muitas vezes, o conceito final de cada especialidade baseava-se na composição de um conjunto de avaliações feitas por preceptores, residentes que acompanham os alunos e docentes, utilizando critérios previamente estabelecidos, mas totalmente independentes entre as diferentes disciplinas.

No modelo pedagógico atualmente em prática na FCMS da PUC-SP, as avaliações foram classificadas em formativas e somativas.

De acordo com o projeto pedagógico as avaliações formativas têm o papel de permitir que se corrijam os rumos do processo de aprendizagem. “A avaliação formativa deve ser utilizada para monitorar o processo ensino-aprendizagem, provendo *feedback* contínuo, tanto

para o estudante quanto para o professor.” (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p.271). São exemplos de instrumento de avaliação formativa:

Os modelos estruturados: “com tópicos pré-definidos que avaliam a qualidade da participação dos alunos, dos professores e dos problemas utilizados especificamente nas sessões de tutoria” (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 272).

O Portfólio: “uma seleção representativa dos trabalhos produzidos pelo estudante e que se pode apresentar para a avaliação. É uma compilação apenas dos trabalhos que o aluno considere relevantes [...] garante-se a sua liberdade e estimula-se o seu senso crítico.” (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 273).

As Provas de Progressão: “[...] testes de múltipla escolha (100 a 150) para avaliação cognitiva, realizadas próximo ao final do segundo semestre de cada ano. São aplicados simultaneamente para todos os alunos, do primeiro ao sexto ano [...] que, dessa maneira, respondem às mesmas questões”. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 274). O índice de acertos cresce ano a ano dando aos avaliadores um panorama da aquisição de conhecimento ao longo do curso. Algumas vezes a prova de progressão é realizada por um grupo de escolas médicas com características semelhantes e nesta condição forma-se uma comissão envolvendo todas elas para produzir as questões de avaliação.

“As avaliações somativas são aplicadas para analisar se o estudante pode progredir ao longo dos anos do curso de graduação, confrontando seu desempenho com os objetivos de aprendizagem específicos de cada ano do curso”. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 275).

Alguns dos instrumentos utilizados para avaliação somativa nas diversas atividades da FCMS da PUC-SP:

Salto Triplo: é realizado desde os primeiros anos do curso. Tem o objetivo de avaliar a capacidade de resolver os problemas, de dirigir o auto aprendizado e avaliar o conhecimento do aluno sobre os temas trabalhados ao longo dos módulos.

Na primeira etapa do salto triplo (primeiro salto), os estudantes - individualmente e por escrito - discutem uma situação-problema, da mesma forma que na tutoria. Na segunda etapa (segundo salto), buscam e selecionam os materiais de aprendizagem sobre tal situação. Na terceira etapa (terceiro salto), eles devem responder a questões formuladas sobre os conteúdos do problema. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p.276)

Estações (avaliação objetiva e estruturada em estações): Podem ser realizadas em todos os anos do curso e são utilizadas para explorar desempenho e diversas competências.

Consistem em várias paragens, cada uma contando com 5 a 30 minutos para sua execução, nas quais o estudante é orientado a desempenhar uma tarefa específica e bem definida [...] podem ser de dois tipos: estações com observadores e estações com instrumentos escritos [...] Este instrumento é utilizado para avaliar os conteúdos distribuídos em diversos momentos pedagógicos: Prática em Atenção à Saúde; Sessões de Tutoria; Sustentações Teóricas e Aplicadas; e Habilidades. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p.276-276)

Provas escritas: abrangem questões discursivas, interpretativas e de múltipla escolha.

Relatórios finais: baseado nos portfólios, o professor fará um relatório final ao término dos momentos educacionais em que esse instrumento é aplicado.

Mini exame clínico (Mini-CEX, *mini clinical evaluation exercise*): validado por vários trabalhos na literatura, é aplicado no Internato [...] cada aluno deve completar três desses instrumentos em cada uma das áreas e obter conceito satisfatório em todos os quesitos até o fim do estágio naquela área e naquele ano”.

## 6.6 Cenários de prática

No modelo tradicional, as atividades do Curso de Medicina da PUC-SP aconteciam no prédio central da Faculdade de Medicina e no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, formado pelos hospitais e ambulatório.

Nos dois primeiros anos, as atividades eram primordialmente teóricas e realizadas dentro do prédio central. No terceiro ano parte das atividades eram realizadas dentro do hospital, com as aulas de propedêutica, dentro da disciplina de clínica médica. No quarto ano algumas atividades eram realizadas nos ambulatórios de especialidade do Conjunto Hospitalar e outras no Hospital Leonor Mendes de Barros, mas os cursos teóricos das especialidades clínicas, realizadas dentro do prédio central, usavam a maior parte do tempo de aula e estudo. No quinto ano as atividades práticas e teóricas se dividem e muitas atividades teóricas eram realizadas em salas dentro dos hospitais. O sexto ano, era eminentemente prático, realizado dentro do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Antes mesmo da reforma curricular, houve uma movimentação no cenário de prática, com a criação do ambulatório escola, uma unidade básica que se localiza na mesma rua do Hospital Leonor Mendes de Barros e a partir de algumas iniciativas dentro do corpo docente,

com projetos de movimentação dos alunos para além dos muros da Faculdade (ANJOS et al. 2010). O projeto pedagógico de 2006 exigiu um grande avanço no sentido de sair do cenário hospitalar, pois, como pode ser observado na matriz curricular, o aluno desenvolve atividades na atenção básica, dentro das práticas de atenção à saúde desde o primeiro ano do curso. Isso exigiu uma articulação com a gestão municipal para que as unidades básicas de saúde pudessem receber os alunos. Dentro das políticas de saúde atuais, as atividades devem ser realizadas preferencialmente em programas de saúde da família, em unidades de saúde em áreas de maior risco. Com isso, criou-se a necessidade de um deslocamento da estrutura de ensino para “fora dos muros” da Instituição.

As atividades de prática de atenção à saúde são realizadas nas unidades básicas de saúde, nos postos de pronto atendimento, nos serviços da vigilância sanitária e zoonoses, nos serviços de assistência municipal especializada, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de muitos outros serviços ligados a rede pública de atendimento a saúde, localizados em diferentes locais da cidade.

## 7 O QUE OS DOCENTES DIZEM SOBRE A REFORMA CURRICULAR

Neste capítulo, serão analisadas as questões referentes à avaliação e observações que o docente faz do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP em relação à implantação do projeto pedagógico em 2006. Certamente, é através dos docentes que as mudanças podem ocorrer, ou não, efetivamente. O conhecimento referente à aceitação, convencimento ou adoção de novas estratégias de ensino, sob a ótica dos docentes, pode trazer informações valiosas para manter a continuidade, ou melhor, a atualização contínua do currículo, com a participação ativa daqueles que efetivamente operam as mudanças, os docentes. Além disso, esta avaliação pode também trazer subsídios críticos importantes para reformulações que se fizerem necessárias na própria Instituição e até mesmo para outras IES que tenham essas perguntas em aberto.

Serão apresentadas neste capítulo as respostas obtidas com o questionário semiestruturado e as entrevistas.

### 7.1 O questionário semiestruturado

Como descrito previamente, foi enviado um questionário semiestruturado, já detalhado em material e métodos, aos 178 docentes em atividade no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP a fim de se obter respostas referentes à visão que estes docentes têm em relação à implantação do projeto pedagógico iniciado em 2006. O questionário foi enviado por e-mail, no segundo semestre de 2014, de acordo com o protocolo escolhido para a sua aplicação, descrito no capítulo 3. As respostas obtidas com este questionário serão apresentadas na sequência.

Dos 178 docentes, 102 responderam o questionário. Entre os docentes que responderam o questionário, 73 já exerciam suas atividades no curso antes da reforma curricular de 2006. Os demais (29) iniciaram as atividades depois de 2006, ou seja, após o a implantação do atual modelo curricular. Essa proporção é semelhante à observada no total de docentes em atividade atualmente no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.

Embora não fosse possível caracterizar o perfil dos docentes no momento da aplicação do questionário, o relatório de avaliação “in loco” da Comissão de Avaliação para Renovação de Reconhecimento de Curso do MEC, realizada entre 12/08/2012 e 15/08/2012 mostrou que neste período o corpo docente era composto por 188 professores, sendo 31 especialistas, 62

mestres e 95 doutores. Dos doutores, 32 em regime integral, 46 em regime parcial e 17 em regime de horas. Como o número de docentes tem se mantido mais ou menos estável ao longo dos anos, a amostra avaliada tem características muito próximas do corpo docente.

Os docentes do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP podem distribuir sua carga horária entre os diferentes anos do curso, bem como nos programas de residência médica. Entretanto, um número maior de professores tem atividades nos últimos anos do curso. Isto se deve à maior diversidade de atividades propostas para esse período. Como mostrado na tabela 1, essa mesma variação de distribuição foi observada entre os docentes que responderam ao questionário, reforçando a adequação da amostra.

**Tabela 1 - Ano do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP em que são realizadas as atividades docentes.**

<b>Ano de atividade</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem (%) de docentes, em relação ao total de respondedores, atuando naquele ano.</b>
<b>Primeiro ano</b>	28	27,2
<b>Segundo ano</b>	31	30,1
<b>Terceiro ano</b>	26	25,2
<b>Quarto ano</b>	40	38,8
<b>Quinto ano</b>	42	40,8
<b>Sexto ano</b>	49	47,6

Fonte: Elaboração própria

### 7.1.1 Uma visão do grupo

Como descrito acima, a primeira parte do questionário foi respondida por todos os 102 docentes que participaram do estudo. O objetivo da primeira parte deste questionário era verificar como os docentes em atividade avaliam o Curso de Medicina em sua prática diária. Esta avaliação refere-se à qualidade do curso, à infraestrutura, à qualidade do profissional formado, aos métodos de ensino aprendizagem e aos fatores que os docentes consideram facilitar ou dificultar o bom funcionamento do curso.

As tabelas 2 a 11 trarão os dados das respostas do total dos docentes que responderam a primeira parte do questionário e também uma análise separando as respostas entre os docentes que iniciaram suas atividades antes e depois da reforma curricular de 2006, a fim de se identificar possíveis pontos de diferenças nas opiniões destes grupos.

#### 7.1.1.1 Satisfação e motivação com a atividade docente

Quanto ao grau de satisfação com o curso, resultados apresentados na tabela 2, mais da metade dos docentes manifestou uma opinião positiva sobre o curso. Assim, 56,8% se declararam satisfeitos e 6,9% se declararam muito satisfeitos com o curso. É baixa a porcentagem dos que se mostraram insatisfeitos com o curso, alcançando apenas 10,8%. Ao se analisar separadamente os docentes que iniciaram as atividades no curso antes ou depois da reforma curricular, a proporção de insatisfeitos entre os primeiros é maior. Convém destacar também nesta tabela uma proporção significativa (25,5%) daqueles professores que manifestaram uma posição dúbia quanto à sua satisfação com o curso, proporção ligeiramente maior entre os professores mais recentes.

**Tabela 2 - Satisfação dos docentes com suas atividades no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Satisfação do professor Docentes</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Nem satisfeito/nem insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>	7 (6,9%)	58 (56,8%)	26 (25,5%)	11 (10,8%)	0 (0,0%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	4 (5,5%)	42 (57,5%)	17 (23,3%)	10 (13,7%)	0 (0,0%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	3 (10,3%)	16 (55,2%)	9 (31,1%)	1 (3,4%)	0 (0,0%)	29 (28,4%)

Fonte: Elaboração própria

Na sequência, a tabela 3 indica o grau de motivação dos professores em relação às atividades que desenvolvem, considerando os métodos de ensino e aprendizagem vigentes no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP. Também aqui, os resultados apontam um quadro

positivo, pois os professores, na sua maioria, 53,9%, se declararam motivados e muito motivados, 15,7% com as atividades como docentes. É pequena a proporção dos que se sentem desmotivados, 9,8%, ou muito desmotivados, 0,9%. Não há diferenças importantes quando se comparam os docentes que iniciaram as atividades depois da reforma curricular àqueles que já as exerciam antes da reforma. Convém destacar a proporção dos professores indiferentes, nem motivados, nem desmotivados, que alcança 19,6% dos docentes.

Uma constatação importante ao comparar estas duas tabelas é que o grau de insatisfação com o curso parece não afetar o grau de motivação do docente em relação às suas atividades docentes. Talvez a satisfação proporcionada pela atividade docente possa compensar possíveis falhas do curso, segundo a percepção do professor. Entretanto, motivação também depende de fatores intrínsecos, sendo difícil essa análise.

**Tabela 3 - Motivação dos docentes com suas atividades no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Motivação do docente</b>	<b>Muito motivado</b>	<b>Motivado</b>	<b>Nem motivado/nem desmotivado</b>	<b>Desmotivado</b>	<b>Muito desmotivado</b>	<b>Total</b>
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	16 (15,7%)	55 (53,9%)	20 (19,6%)	10 (9,8%)	1 (0,9%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	14 (19,2%)	37 (50,7%)	15 (20,5%)	7 (9,6%)	0 (0,0%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	2 (6,9%)	18 (62%)	5 (17,2%)	3 (10,3%)	1 (3,4%)	29 (28,4%)

Fonte: Elaboração própria

#### *7.1.1.2 Qualidade do curso e do médico formado*

Nas tabelas 4 e 5 estão apresentados os dados da opinião dos professores sobre a qualidade do curso e do médico formado pela FCMS da PUC-SP. Observa-se que 63,7% deles consideram o curso bom. Entretanto, em relação à qualidade do médico formado, essa satisfação diminuiu um pouco. Pode-se observar que 57,8% deles responderam considerar bons os profissionais formados por esta IES. Poucos são aqueles que consideram o curso e o médico formado ruins, apenas 9,8%.

Um dado que chama a atenção na tabela 4 é a proporção de docentes que se mostraram neutros em relação à qualidade do curso que oferecem, pois 26,5% deles responderam “nem bom/nem ruim” para essa pergunta, sendo esta proporção maior entre os professores mais antigos. A rigor, esta é uma avaliação negativa que somada aos que explicitamente avaliam como ruim, alcança uma proporção de 36.3%. A opinião dos docentes quanto à qualidade do profissional formado (tabela 5), o quadro é similar ao anterior. Também se observa que para as duas questões uma porcentagem maior de docentes que iniciaram as atividades antes da reforma curricular respondeu “nem bom /nem ruim” para as perguntas quando comparados àqueles que iniciaram as atividades depois da reforma curricular.

**Tabela 4 - Opinião dos docentes sobre a qualidade do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Qualidade do curso</b>	<b>Muito bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Nem bom/nem ruim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Muito ruim</b>	<b>Total</b>
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	6 (5,9%)	59 (57,8%)	27 (26,5%)	10 (9,8%)	0 (0,0%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	4 (5,4%)	41 (56,2%)	22 (30,1%)	6 (8,3%)	0 (0,0%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	2 (6,9%)	18 (62,1%)	5 (17,2%)	4 (13,8%)	0 (0,0%)	29 (28,4%)

Fonte: Elaboração própria

Tabela 5 - Opinião dos docentes sobre a qualidade do médico formado pelo Curso de Medicina da FCMS

Qualidade do médico formado	Muito bom	Bom	Nem bom/nem ruim	Ruim	Muito ruim	Total
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	8 (7,8%)	51 (50,0%)	33 (32,4)	10 (9,8%)	0 (0,0%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	6 (8,2%)	34 (46,6%)	26 (35,6%)	7 (9,6%)	0 (0,0%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	2 (6,9%)	17 (58,6%)	7 (24,1%)	3 (10,4%)	0 (0,0%)	29 (28,4%)

Fonte: Elaboração própria

### 7.1.1.3 Instalações físicas

As mudanças propostas pelo projeto pedagógico de 2005 tornaram necessárias adequações do prédio da faculdade de medicina e aquisições de novos equipamentos de trabalho. As verbas disponibilizadas pelo PROMED para a elaboração do projeto pedagógico, em vigor atualmente, colaboraram com as reformas, assim como com a aquisição de novos equipamentos para o curso. Entre essas mudanças estão a alteração no tamanho das novas salas de aula, que antes contemplavam 100 alunos, adequando-as para pequenos grupos de 10 a 30 alunos; a criação de duas salas extras para docentes; a ampliação da biblioteca e do seu acervo; a viabilização de acesso à internet dentro do campus e a compra de computadores, bonecos e robôs de simulação realística, microscópios, projetores, entre outras.

Quando questionados sobre suas opiniões em relação à adequação das instalações físicas disponibilizadas para o curso (tabela 6), 50% dos docentes responderam considerar adequadas e apenas 1% muito adequadas. Entretanto, um quarto deles considerou a estrutura física inadequada para o curso e uma proporção semelhante foi neutra, julgando as instalações como nem adequadas, nem inadequadas. Também neste caso, esta categoria de resposta, nem adequada/nem inadequada, sugere uma avaliação negativa. Somadas estas duas categorias,

pode-se dizer que a metade dos professores consideram adequadas as instalações. Entretanto, a outra metade faz restrições ou manifesta explicitamente que consideram as instalações inadequadas.

**Tabela 6 - Adequação das instalações físicas disponibilizadas para o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Instalações Físicas</b>	<b>Muito adequadas</b>	<b>Adequadas</b>	<b>Nem adequadas/nem inadequadas</b>	<b>Inadequadas</b>	<b>Muito inadequadas</b>	<b>Total</b>
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	1 (1,0%)	51 (50,0%)	24 (23,5%)	25 (24,5%)	1 (1,0%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	1 (1,4%)	36 (49,3%)	17 (23,3%)	18 (24,6%)	1 (1,4%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	0 (0%)	15 (51,8%)	7 (24,1%)	7 (24,1%)	0 (0%)	29 (28,4%)

Fonte: pesquisa de campo, Sorocaba, 2014.

Os dados expostos na tabela 7 mostram que apenas 38,2% dos docentes que responderam o questionário consideram adequados os equipamentos disponibilizados para o curso e 2% muito adequados. Mais uma vez, é grande o número daqueles que consideram inadequados, sendo 22,6% a proporção que respondeu inadequado e 2,9% muito inadequado. Também aqui a proporção dos que manifestaram uma opinião dúbia pende a balança para uma avaliação negativa dos professores em relação aos equipamentos disponibilizados para as atividades docentes.

**Tabela 7 - Adequação dos equipamentos disponibilizados para o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Equipamentos</b>	<b>Muito adequados</b>	<b>Adequados</b>	<b>Nem adequados/nem inadequados</b>	<b>Inadequados</b>	<b>Muito inadequados</b>	<b>Total</b>
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	2 (2,0%)	39 (38,2%)	35 (34,3%)	23 (22,6%)	3 (2,9%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	2 (2,7%)	30 (41,1%)	22 (30,1%)	17 (23,3%)	2 (2,7%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	0 (0%)	9 (31,1%)	13 (44,8%)	6 (20,7%)	1 (3,4%)	29 (28,4%)

Fonte: Elaboração própria

#### *7.1.1.4 Organização das atividades de ensino e aprendizagem*

O novo projeto pedagógico trouxe grande mudança para a matriz curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP. Dentre elas, a disponibilização de um grande período da agenda semanal para atividades de inserção do aluno na atenção primária, desde o início do curso. Essas mudanças estão intimamente associadas às orientações contidas nas diretrizes curriculares de 2001 para a formação do médico voltado às necessidades do SUS.

Na tabela 8, os dados mostram que existe uma avaliação muito positiva em relação a essa inserção, que foi considerada muito importante (53,9%) e importante (36,3%) para a formação do futuro médico pela grande maioria dos professores. Novamente, não há discrepância na opinião dos docentes que iniciaram suas atividades no curso antes, ou após a reforma curricular.

Outra mudança importante na organização curricular foi gerada pela escolha da ABP como método de ensino, utilizado para a maior parte das atividades semanais, contemplando a

distribuição dos alunos em pequenos grupos para a realização dos grupos tutoriais e protegendo áreas de estudo para o aluno.

**Tabela 8 - Importância da inserção do estudante em atividades na atenção primária, desde o primeiro ano do**

<b>Inserção na atenção primária</b>	<b>Muito Importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Nem importante/nem sem importância</b>	<b>Pouco importante</b>	<b>Nada importante</b>	<b>Total</b>
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	55 (53,9%)	37 (36,3%)	4 (3,9%)	6 (5,9%)	0 (0,0%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	40 (54,8%)	26 (35,6%)	3 (4,1%)	4 (5,5%)	0 (0,0%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	15 (51,6%)	11 (37,9%)	1 (3,5%)	2 (7,0%)	0 (0,0%)	29 (28,4%)

Fonte: Elaboração própria

Pode-se verificar nas tabelas 9, 10 e 11 que em torno de 95% dos docentes, ou seja, a grande maioria considera esta distribuição positiva para o aprendizado do aluno, para a interação professor e aluno e para a atividade do professor. Como observado na grande maioria dos itens do questionário, a opinião dos professores que já estavam em atividade no curso antes da reforma curricular é muito semelhante à dos professores que iniciaram a docência após a reforma curricular.

**Tabela 9 - Efeito da organização dos alunos em pequenos grupos sobre a aprendizagem do aluno do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Alunos em pequenos grupos</b>	<b>Muito positivo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Nem positivo/nem negativo</b>	<b>Negativo</b>	<b>Muito negativo</b>	<b>Total</b>
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	54 (52,9%)	43 (42,2%)	5 (4,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	37 (50,7%)	32 (43,8%)	4 (5,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	17 (58,6%)	11 (37,9%)	1 (3,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	29 (28,4%)

Fonte: Elaboração própria

**Tabela 10 - Efeito da organização dos alunos em pequenos grupos sobre a interação professor/aluno do Curso de**

<b>Alunos em pequenos grupos</b>	<b>Muito positivo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Nem positivo/nem negativo</b>	<b>Negativo</b>	<b>Muito negativo</b>	<b>Total</b>
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	61 (59,8%)	36 (35,3%)	3 (2,9%)	2 (2,0%)	0 (0,0%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	42 (57,6%)	26 (35,6%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	0 (0,0%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	19 (65,5%)	10 (34,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	29 (28,4%)

Fonte: Elaboração própria

**Tabela 11 - Efeito da organização dos alunos em pequenos grupos sobre suas atividades como professor do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Alunos em pequenos grupos</b>	<b>Muito positivo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Nem positivo/nem negativo</b>	<b>Negativo</b>	<b>Muito negativo</b>	<b>Total</b>
<b>Docentes</b>						
<b>Total</b>	48 (47,1%)	48 (47,1%)	4 (3,9%)	2 (1,9%)	0 (0,0%)	102 (100%)
<b>Iniciaram as atividades antes da reforma curricular</b>	31 (42,5%)	36 (49,3%)	4 (5,5%)	2 (2,7%)	0 (0,0%)	73 (71,6%)
<b>Iniciaram as atividades depois da reforma curricular</b>	17 (58,6%)	12 (41,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	29 (28,4%)

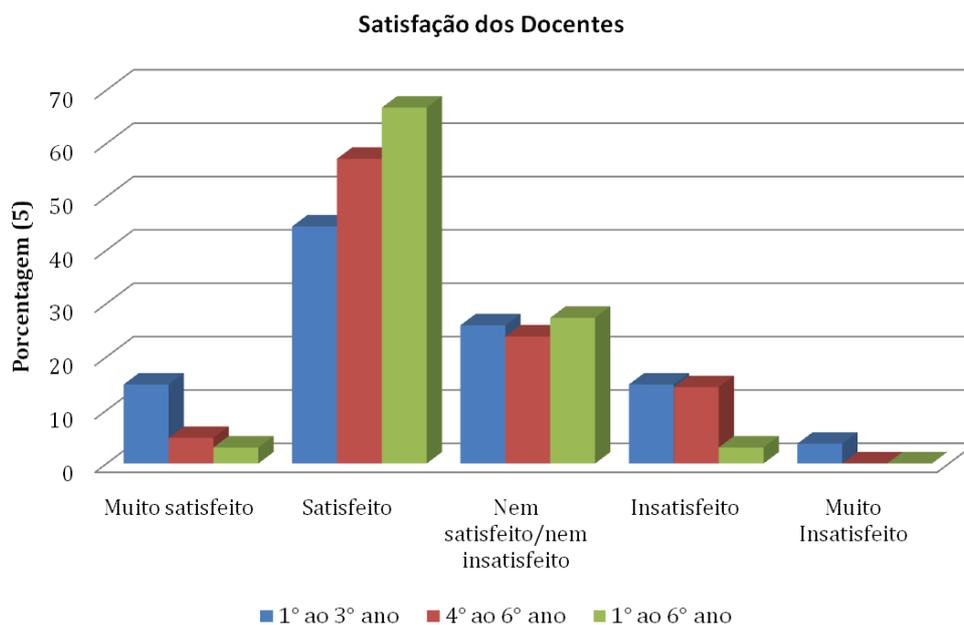
Fonte: Elaboração própria

### 7.1.2 Uma visão de acordo com os diferentes anos de atividade no curso

Em outra análise das respostas obtidas na primeira parte do questionário, foram avaliados os dados dos 102 professores que responderam ao questionário de acordo com os anos em que exercem suas atividades acadêmicas. Assim dividimos entre os que têm atividade nos primeiros anos do curso, do 1º ao 3º ano (n=27), outros que desenvolvem suas atividades apenas nos últimos anos, do 4º ao 6º ano (n=42) e os que têm atividades durante todo o curso, do 1º ao 6º ano (n=33). Essa distribuição foi direcionada pelas diferenças das atividades pedagógicas do primeiro ao terceiro ano do curso em relação aos três últimos anos. Outro fator que poderia contribuir para possíveis diferenças de opinião entre os docentes é que o Curso de Medicina seleciona os docentes com formação médica para realizar as atividades a partir do quarto ano, enquanto, nos três primeiros anos, ocorre uma distribuição mais ampla entre biólogos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, além dos médicos. Estas diferenças podem interferir na opinião dos docentes em relação a prática e ao do processo de ensino-aprendizagem. Essa análise possibilita a identificação de possíveis pontos de discordância nas respostas que não estivessem sendo observados nas análises prévias. Estas avaliações estão apresentadas nos gráficos 1 a 10.

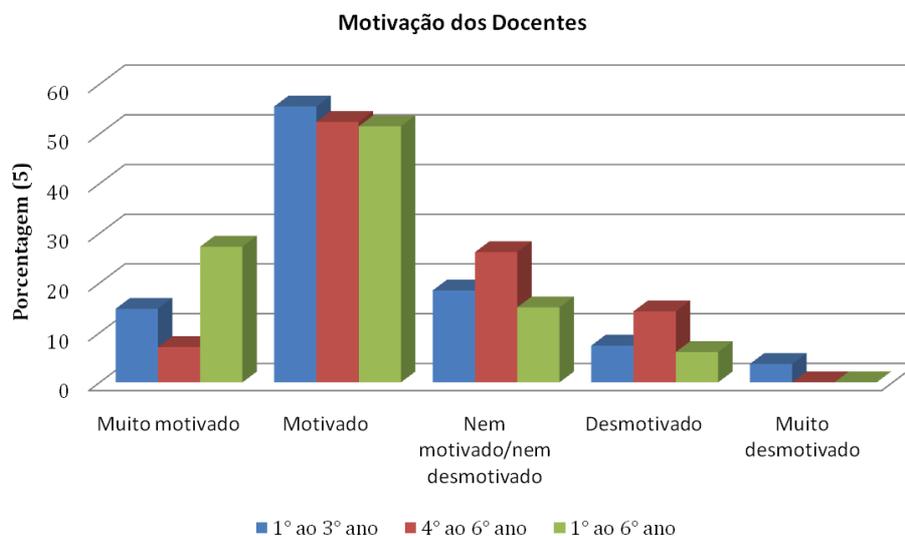
Nos gráficos 1, 2, 3, 4 estão apresentados os dados referentes à satisfação do docente com as suas atividades, à sua motivação para o trabalho, à avaliação do docente em relação à qualidade do curso e à qualidade do médico formado pela Instituição, respectivamente. Como se observa, de maneira geral há concordância na opinião dos professores para a maioria das perguntas respondidas, independente dos anos em que exercem suas atividades.

**Gráfico 1 - Satisfação dos docentes em exercer as suas atividades na FCMS da PUC-SP de acordo com os anos do curso em que tem atividade.**



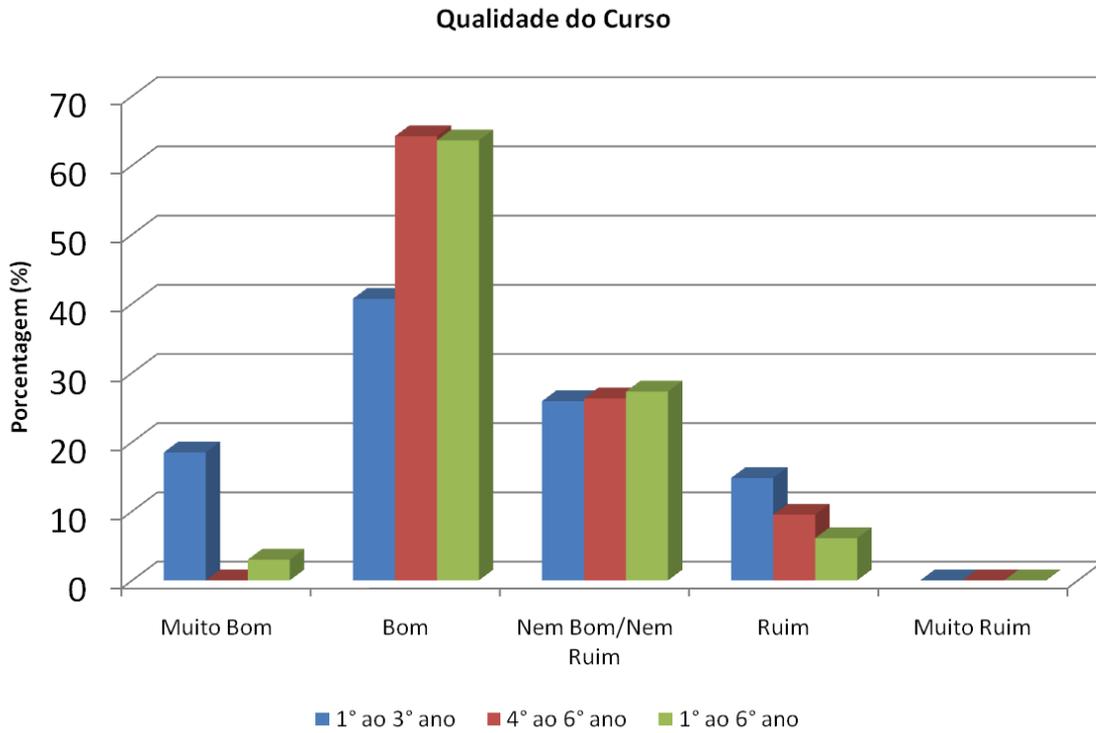
Fonte: Elaboração própria

**Gráfico 2 - Motivação dos docentes para exercer as suas atividades na FCMS da PUC-SP**



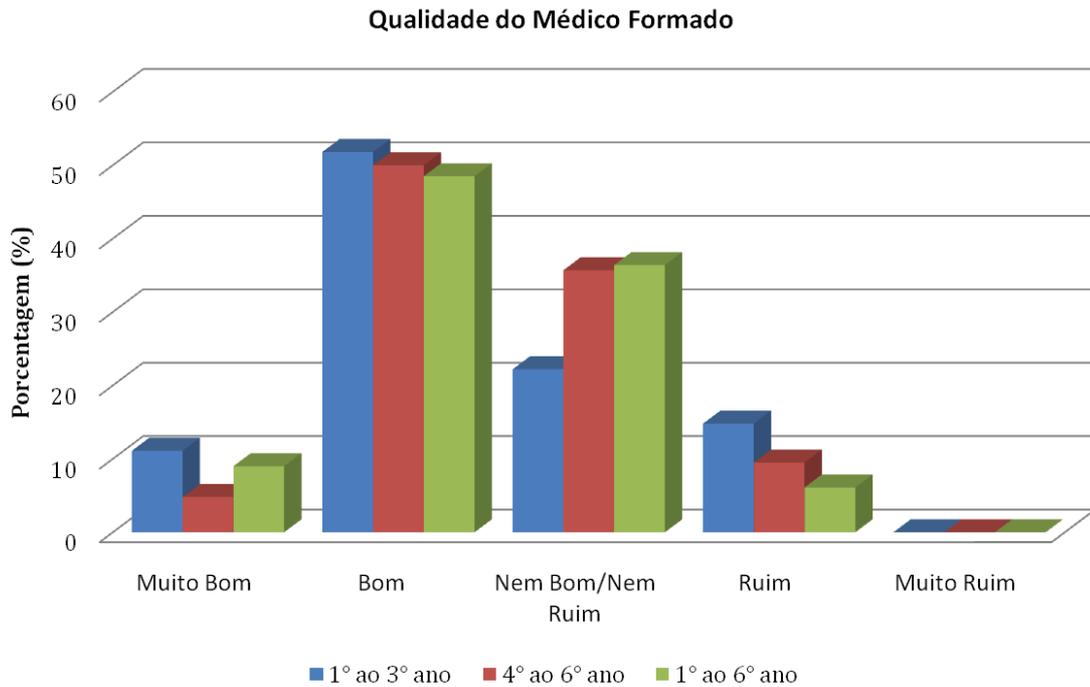
Fonte: Elaboração própria

**Gráfico 3 - Opinião dos docentes sobre a qualidade do Curso de Medicina da PUC-SP**



Fonte: Elaboração própria

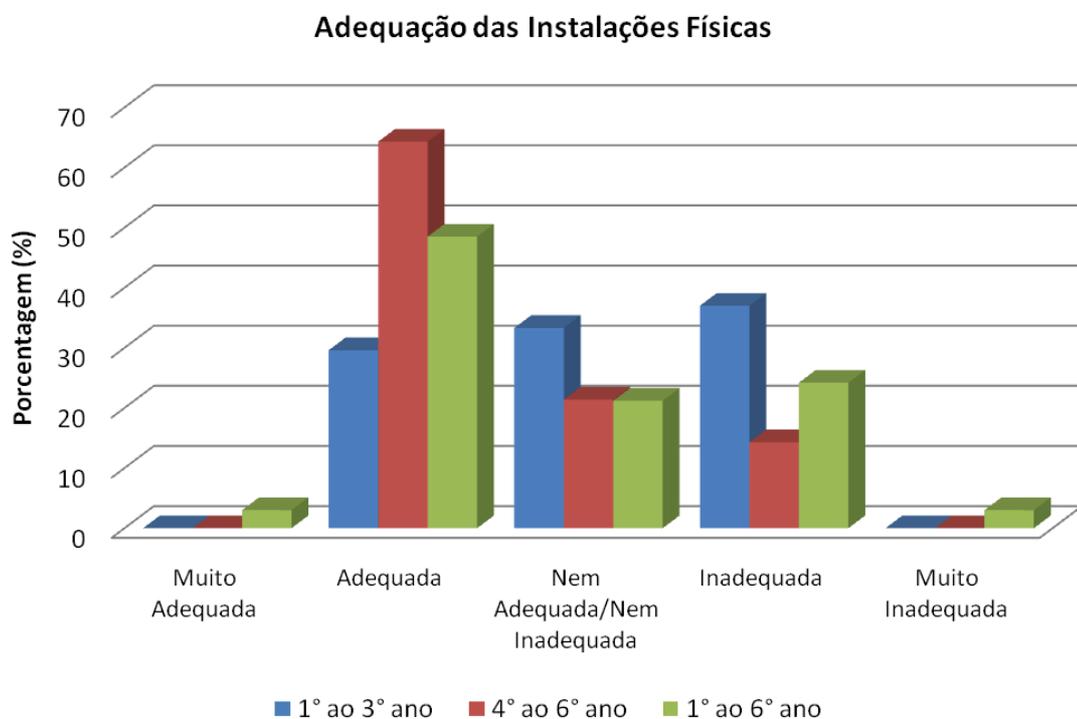
**Gráfico 4 - Opinião dos docentes sobre a qualidade do médico formado pelo curso de Medicina da PUC-SP de acordo com os anos do curso em que tem atividade.**



Fonte: Elaboração própria

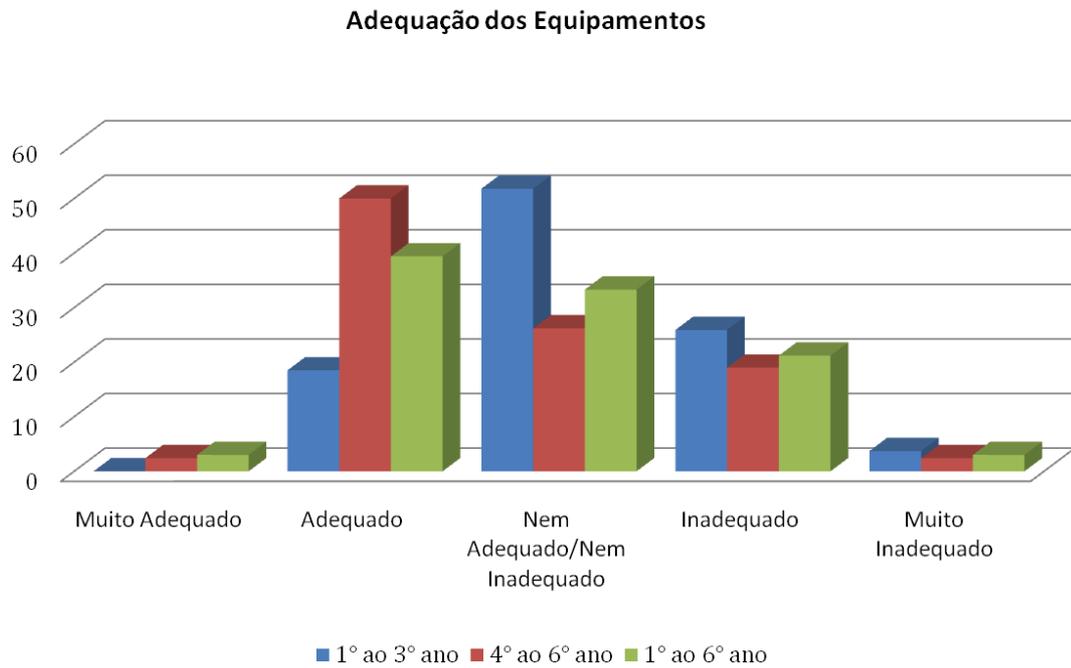
Entretanto, nos gráficos 5 e 6, percebe-se uma maior exigência dos professores que atuam exclusivamente nos primeiros anos do curso com relação à estrutura física e equipamentos disponíveis para as atividades didáticas. Estes referem com maior frequência que as instalações físicas e equipamentos são inadequados para a condução das atividades didáticas. Uma possível explicação é que as atividades que realizam ocorrem somente no prédio central da faculdade, em laboratórios didáticos e salas de simulação, atividades que são entendidas como responsabilidade exclusiva da FCMS da PUC-SP, enquanto, as demais atividades, desenvolvidas nos últimos anos do curso, utilizam cenários e equipamentos de unidades conveniadas com a FCMS da PUC-SP, tais como hospitais e unidades de saúde da atenção primária e secundária, havendo divisão das responsabilidades pela disponibilização e manutenção destes equipamentos.

**Gráfico 5 - Opinião dos docentes sobre a adequação das instalações físicas da FCMS da PUC-SP**



Fonte: Elaboração própria

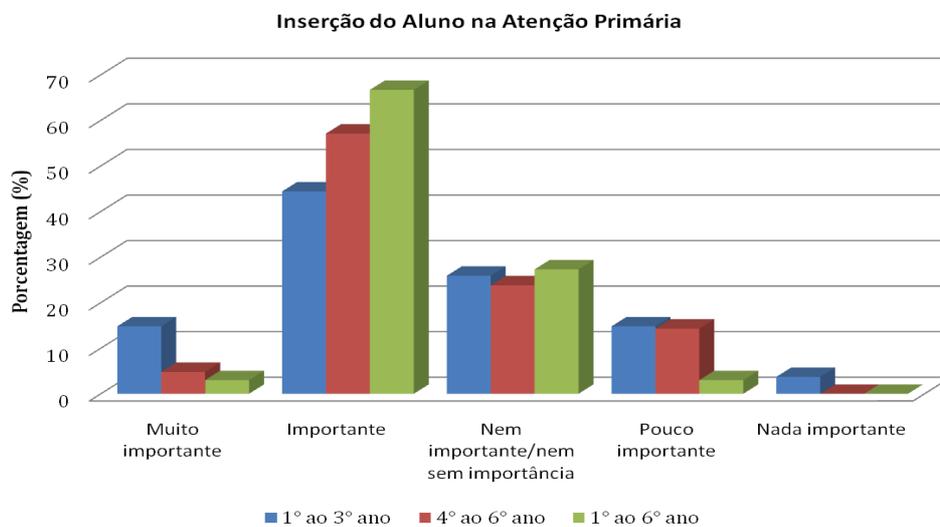
**Gráfico 6 - Opinião dos docentes sobre a adequação dos equipamentos disponibilizados para o curso de Medicina da PUC-SP, de acordo com os anos do curso que o docente tem atividade.**



Fonte: Elaboração própria

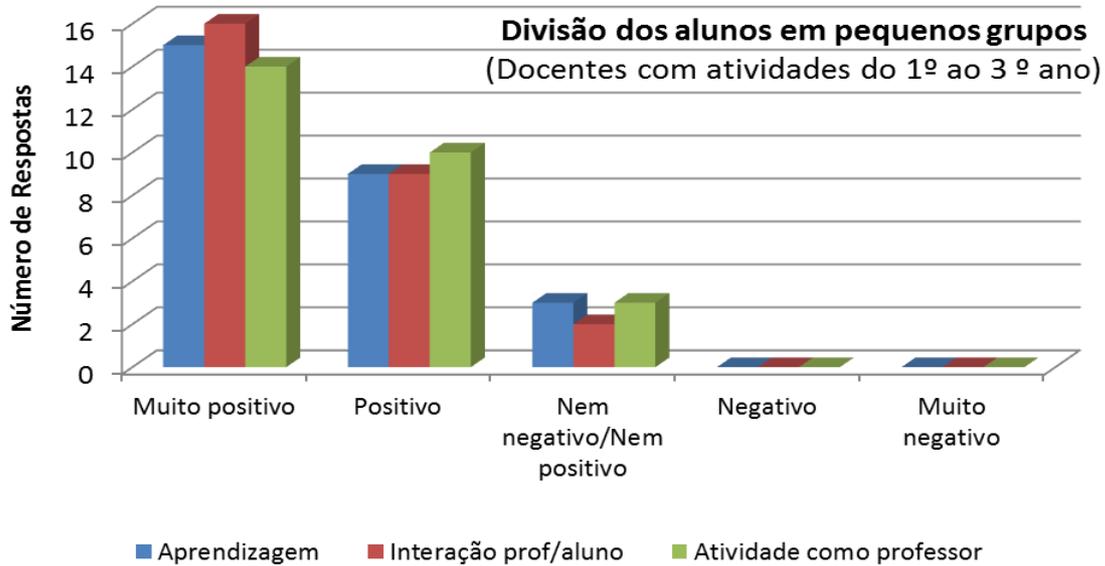
Nos gráficos 7, 8, 9 e 10 estão apresentados os dados referentes a inserção dos alunos na atenção primária a saúde desde o início do curso e na divisão dos alunos em pequenos grupos e novamente não se verificou diferença quando foram avaliadas as respostas dos docentes, em relação ao ano de atividade.

**Gráfico 7 - Opinião dos docentes sobre a importância da inserção do aluno na atenção primária desde o início do curso, de acordo com os anos do curso que o docente tem atividade.**



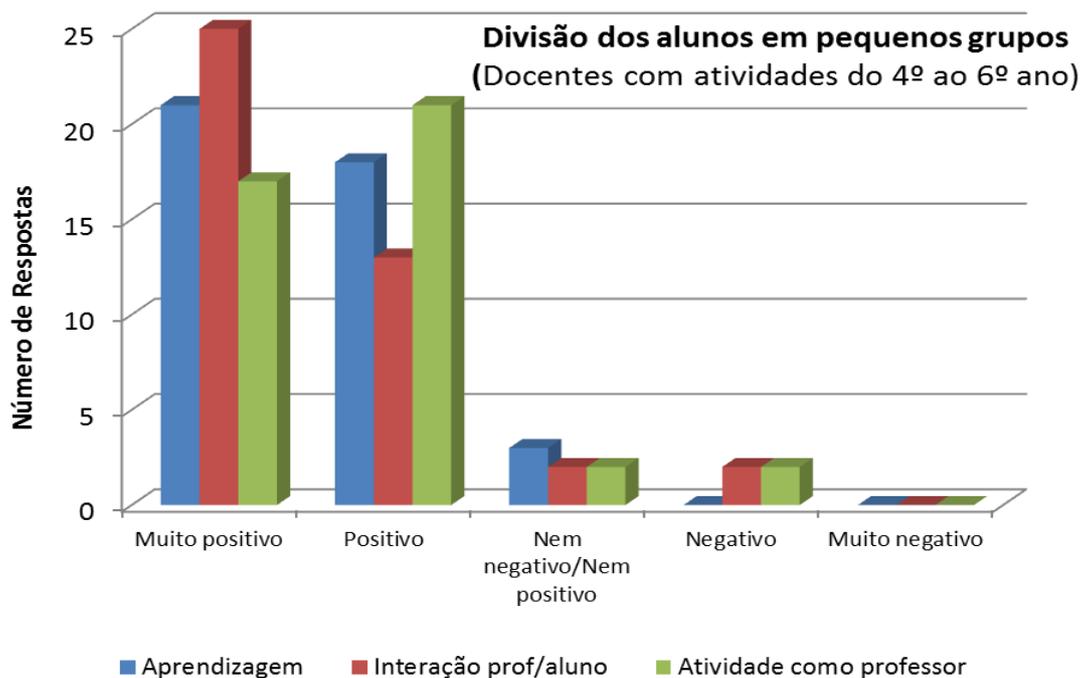
Fonte: Elaboração própria

**Gráfico 8 - Opinião dos docentes que atuam do 1º ao 3º ano sobre a divisão dos alunos em pequenos grupos para realizar grande parte das atividades de aprendizagem no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**



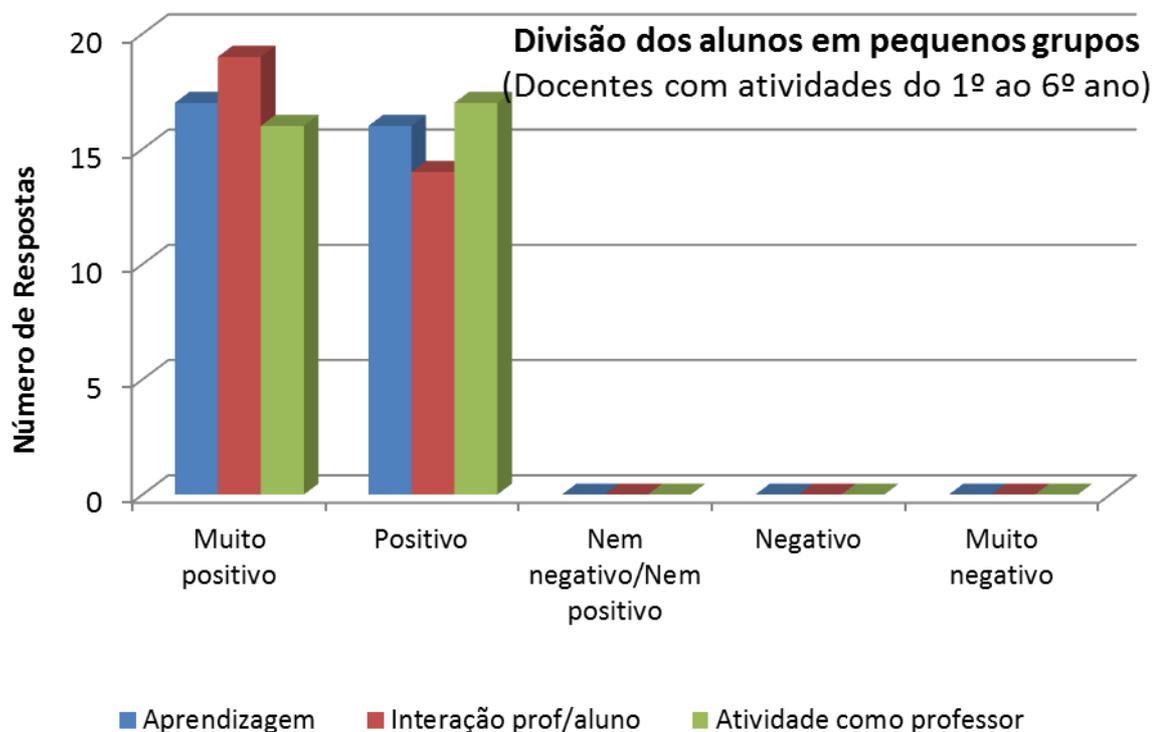
Fonte: Elaboração própria

**Gráfico 9 - Opinião dos docentes que atuam do 4º ao 6º ano sobre a divisão dos alunos em pequenos grupos após a reforma curricular na FCMS da PUC-SP**



Fonte: Elaboração própria

**Gráfico 10 - Opinião dos docentes que atuam do 1º ao 6º sobre a divisão dos alunos em pequenos grupos após a reforma curricular na FCMS da PUC-SP.**



Fonte: Elaboração própria

### 7.1.3 Respostas às questões abertas: fatores que favorecem e dificultam o andamento do curso

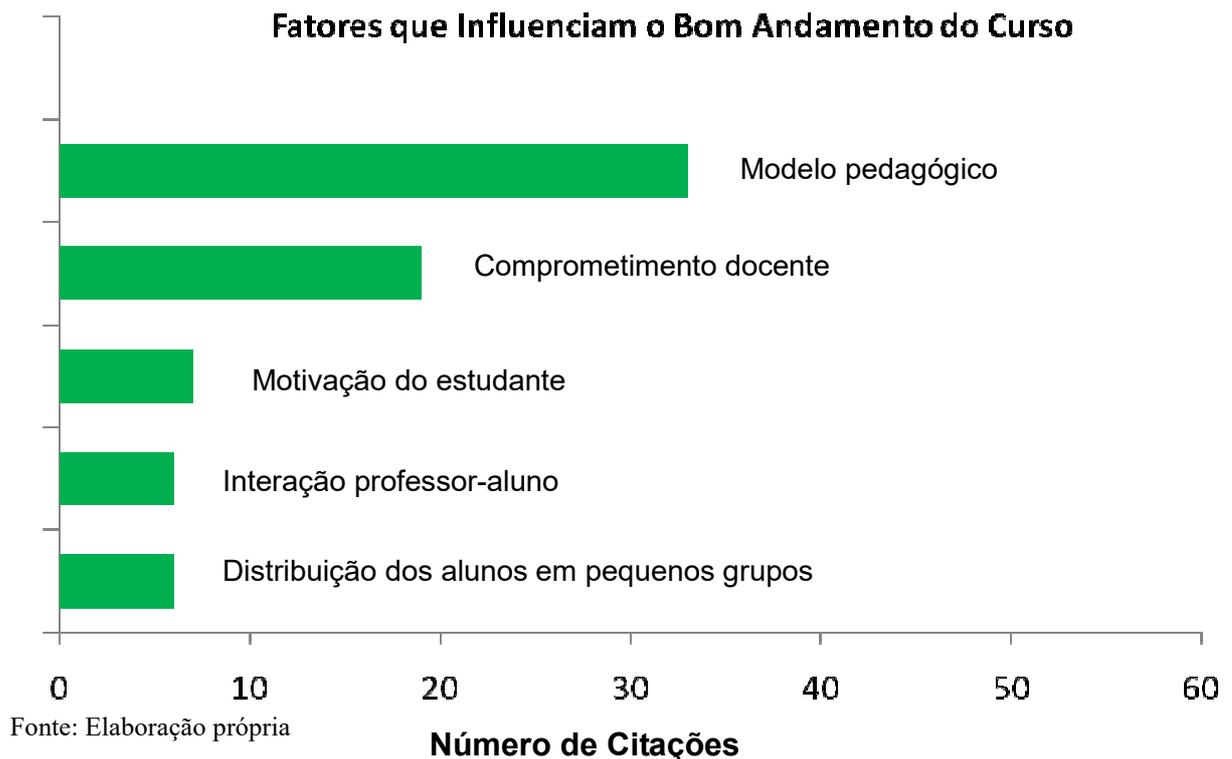
Para a análise das respostas dos docentes em relação aos fatores que favorecem e fatores que dificultam o bom andamento do curso dentro do modelo pedagógico atual, fez-se uma sistematização de agrupamento das citações por semelhança do conteúdo. Elas foram categorizadas de acordo com o conteúdo das próprias respostas. Não havia uma categorização prévia.

Os fatores mais citados como facilitadores do bom andamento do curso (gráfico 11) foram o modelo pedagógico escolhido (33 citações), o compromisso do corpo docente (19 citações), a participação dos alunos (07 citações), a interação entre professor e aluno (06 citações) e a distribuição dos alunos em pequenos grupos (06 citações).

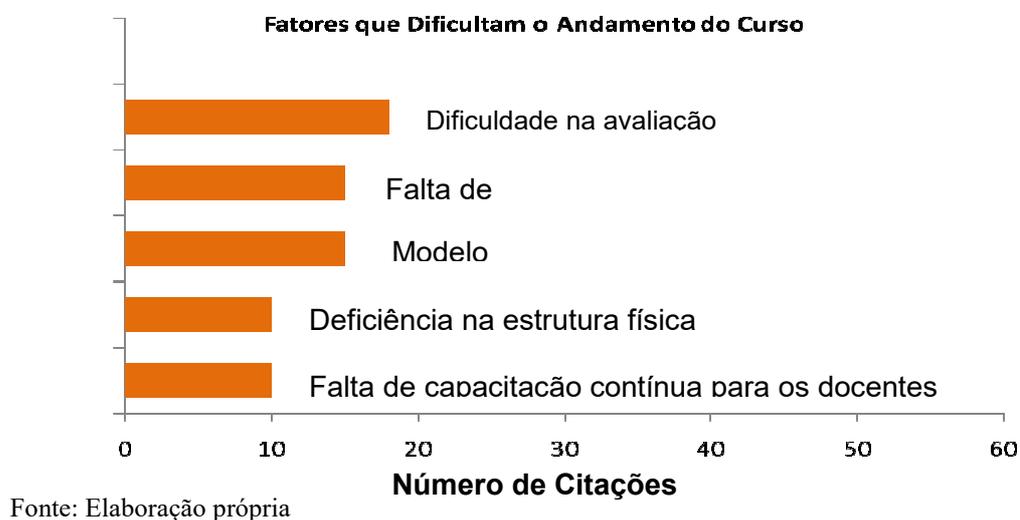
Em relação aos fatores que dificultam o bom andamento do curso (gráfico 12), os mais citados espontaneamente foram: a dificuldade na avaliação dos alunos (18 citações), a falta de comprometimento de parte dos docentes (15 citações), o modelo pedagógico (15 citações), a

deficiência na estrutura física (10 citações) e a falta de capacitação continuada dos docentes (10 citações).

**Gráfico 11 - Opinião dos docentes sobre os fatores que influenciam o bom andamento do curso na FCMS da PUC-SP. Respostas à pergunta aberta.**



**Gráfico 12 - Opinião dos docentes sobre os fatores que dificultam o andamento do curso na FCMS da PUC-SP Respostas à pergunta aberta.**



Como indicam as respostas a esta questão, o próprio modelo pedagógico é apontado como motivo primordial facilitador do bom andamento do curso. Os fatores que dificultam são indicados numa proporção menor, o que reforça a avaliação positiva quanto ao modelo adotado. Entre estes, tem destaque a dificuldade dos docentes para avaliar os alunos neste modelo; em menor proporção surge a falta de comprometimento dos professores. Contudo, se de um lado prevalece uma visão positiva do modelo pedagógico adotado com a reforma curricular, o fato é que está longe de constituir unanimidade; ao contrário há no conjunto dos professores uma proporção significativa dos que atribuem as dificuldades do bom desenvolvimento do curso ao próprio modelo adotado.

#### 7.1.4 Docentes que iniciaram as atividades antes de 2006: respostas às questões fechadas

O objetivo da segunda parte do questionário era avaliar a opinião dos docentes que já estavam em atividade no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP antes de 2006 sobre os efeitos desta reforma na estrutura física da faculdade, na qualidade do curso oferecido, no seu próprio trabalho e na formação do futuro médico. Estes professores conheceram o método tradicional de ensino, utilizado anteriormente no curso de medicina, e vivenciaram as mudanças desencadeadas pela reforma de 2006. Relembrando, dos 102 docentes que responderam a primeira parte do questionário, 73 (71,6%) já estavam em atividades de ensino na FCMS da PUC-SP antes da reforma e responderam à segunda parte do questionário. Esta parte do questionário constava de 05 questões fechadas e uma questão aberta que buscava obter as considerações destes professores sobre a reforma curricular.

De maneira geral, mudanças propostas por qualquer reforma só ocorrerão de fato se aqueles que realizam as atividades diárias estiverem motivados. Neste sentido, na análise dos nossos resultados pode-se observar nas tabelas 12, 13 e 14 que, nos aspectos gerais, a grande maioria dos docentes respondeu ter gostado das mudanças ocorridas nas atividades de ensino desencadeadas pela reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP e considerou ter havido melhora no trabalho docente e na qualidade do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP. Contudo, em relação ao trabalho docente, para 41% dos docentes a situação continua a mesma e para 14%, piorou.

**Tabela 12 - Satisfação dos docentes com as mudanças nas atividades de ensino desencadeadas pela reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Satisfação com as mudanças nas atividades de ensino</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Gostei muito</b>	25	34,0%
<b>Gostei</b>	31	42,5%
<b>Nem gostei /nem desgostei</b>	10	14,0%
<b>Desgostei</b>	07	9,5%
<b>Desgostei muito</b>	0	0%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 13 - Opinião dos docentes sobre a influência da reforma curricular sobre seu trabalho no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Após a reforma curricular o trabalho docente</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	05	7,0%
<b>Melhorou</b>	38	52,0%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	20	27,0%
<b>Piorou</b>	10	14,0%
<b>Piorou muito</b>	0	0%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 14 - Opinião dos docentes sobre a influência da reforma curricular na qualidade do Curso de Medicina**

<b>A qualidade do curso após a reforma curricular</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	09	12,5%
<b>Melhorou</b>	44	60,0 %
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	12	16,5%
<b>Piorou</b>	08	11,0%
<b>Piorou muito</b>	0	0,0%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

Quando se analisam pontos mais específicos da reforma curricular de 2006, observa-se que ela parece ter trazido melhorias para o ambiente físico de trabalho. Os dados apresentados nas tabelas 15 e 16 mostram que grande parte dos docentes considerou ter havido melhorias nas instalações físicas e equipamentos utilizados para o curso.

**Tabela 15 - Opinião dos docentes sobre a influência da reforma curricular na qualidade das instalações físicas disponibilizadas para o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Quanto a reforma curricular influenciou as instalações físicas</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	07	9,5%
<b>Melhorou</b>	46	63,0%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	17	23,0%
<b>Piorou</b>	02	3,0%
<b>Piorou muito</b>	01	1,5%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 16 - Opinião dos docentes sobre a influência da reforma curricular sobre a disponibilidade de equipamentos para o Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Equipamentos disponibilizados</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	05	7,0%
<b>Melhorou</b>	49	67,0%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	15	20,5%
<b>Piorou</b>	03	4,0%
<b>Piorou muito</b>	01	1,5%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

Entretanto, cabe lembrar que na primeira parte do questionário observou-se ainda certa insatisfação dos docentes em relação ao seu espaço físico e equipamentos disponibilizados para o trabalho. Além disso, a avaliação do MEC em 1999 trazia forte recomendação para que se adequassem as instalações e equipamentos às necessidades e facilidades desencadeadas pelo grande avanço tecnológico ocorrido no século 20 e na avaliação do MEC de 2012 as questões referentes à infraestrutura ainda aparecem com pendências.

Com a reforma curricular houve mudança nas estratégias de ensino em prática no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP, que passou do modelo tradicional para o uso das metodologias ativas. Na tabela 17 estão apresentados os dados referentes à opinião dos professores sobre o impacto desta mudança sobre o trabalho do professor. Verifica-se que 63% deles responderam que as metodologias ativas melhoraram o trabalho dos professores. Entretanto, 13,7% referiram ter havido piora do trabalho e 23,3% não observaram diferença.

**Tabela 17 - Opinião dos professores sobre a influência da mudança da metodologia de ensino (tradicional para metodologias ativas) sobre o trabalho docente do curso de medicina da FCMS da PUC-SP.**

<b>Influência da metodologia de ensino sobre o trabalho docente</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	11	15,1%
<b>Melhorou</b>	35	47,9%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	17	23,3%
<b>Piorou</b>	10	13,7%
<b>Piorou muito</b>	0	0%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à qualidade do médico formado, os dados na tabela 18 mostram que 67,1% dos docentes consideraram ter havido melhora neste aspecto e 11% deles referiram piora na qualidade do médico formado. Também aqui, 21,9% não observou mudança.

**Tabela 18 - Opinião dos docentes sobre a influência da mudança da metodologia de ensino (tradicional para metodologias ativas) sobre a qualidade do médico formado pela FCMS da PUC-SP.**

<b>Influência da mudança da metodologia de ensino sobre a qualidade do médico formado</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	06	8,2%
<b>Melhorou</b>	43	58,9%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	16	21,9%
<b>Piorou</b>	07	9,6%
<b>Piorou muito</b>	01	1,4%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

As tabelas 19 e 20 trazem os dados da opinião dos docentes sobre a mudança no formato Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP, que era organizado em disciplinas básicas, clínicas e internato e com a reforma de 2006 mudou para um modelo interdisciplinar, com eixos temáticos e em módulos e a influencia dessa mudança sobre o trabalho docente e a qualidade do médico formado.

Em relação ao seu trabalho como professor (tabela 19), 53,4% deles referiu ter havido melhora, enquanto 15,1% responderam que essa mudança piorou o trabalho do professor e 31,5% responderam “Nem piorou/nem melhorou”. Neste ponto, não seria de todo inesperado observar que uma parte dos professores tenha relatado piora do seu trabalho docente. Pode-se considerar que o novo modelo curricular (interdisciplinar) embora possa ser mais instigante, criativo e desafiador para o docente, é também mais trabalhoso e exige mais do docente quando comparado ao modelo anterior. De certa maneira, ele deixou de trabalhar no conforto da disciplina que ele dominava e tinha familiaridade com os temas e a natureza do trabalho. No modelo interdisciplinar, existe a necessidade da inter-relação entre os docentes das diversas áreas de conhecimento do módulo, ou eixo, buscando a interdisciplinaridade, as interfaces dos conhecimentos específicos e, mesmo a desejável interface multiprofissional. Tudo isso exige mais do docente.

**Tabela 19 - Opinião dos docentes sobre a influência da mudança do modelo de ensino organizado em disciplinas para o modelo interdisciplinar sobre o trabalho docente no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP**

<b>Influência da mudança para o modelo interdisciplinar sobre a sobre o trabalho docente</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	09	12,3%
<b>Melhorou</b>	30	41,1%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	23	31,5%
<b>Piorou</b>	11	15,1%
<b>Piorou muito</b>	0	0%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 20 estão apresentados os dados em relação à qualidade do médico formado. Os dados mostram que 65,8% dos professores consideraram que o modelo interdisciplinar melhorou a qualidade do médico formado pela Instituição e 20,5% responderam “Nem piorou/nem melhorou”. Entretanto, 13,7 % responderam que essa mudança piorou a qualidade do médico formado.

Infelizmente, os dados não permitem identificar o significado da neutralidade. Entretanto merece observação que a mudança do projeto pedagógico tem como objetivo principal melhorar a qualidade do médico formado pela Instituição, mas não pode deixar de considerar as condições de trabalho dos seus agentes de mudança.

**Tabela 20 - Opinião dos docentes sobre a influência da mudança do modelo de ensino organizado em disciplinas para o modelo interdisciplinar sobre a qualidade do médico formado pela FCMS da PUC-SP**

<b>Influência da mudança para o modelo interdisciplinar sobre a qualidade do médico formado</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	04	5,5%
<b>Melhorou</b>	44	60,3%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	15	20,5%
<b>Piorou</b>	10	13,7%
<b>Piorou muito</b>	0	0%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

As considerações dos docentes sobre o efeito da extensão do internato, para os dois anos finais do curso estão apresentadas nas tabelas 21 e 22. Observamos na tabela 21 que a maioria dos docentes considerou esta mudança positiva ou sem impacto sobre o trabalho docente. Isso deve ocorrer porque o internato sempre se caracterizou por ser um período de prática médica, em que os grupos são formados por poucos alunos e historicamente não utilizava salas de aula. Além disso, com a extensão para os dois anos, ampliou o período em que os alunos permaneciam em determinadas especialidades, mas não trouxe grandes

mudanças no seu formato. Em relação à qualidade do médico formado (Tabela 22), 71,2% dos docentes consideraram que essa mudança melhorou a qualidade do médico formado.

**Tabela 21 - Opinião dos docentes sobre a influência da extensão do internato para os dois últimos anos do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP sobre o trabalho do professor.**

<b>Influência da mudança do internato para dois anos no trabalho do professor</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	08	11,0%
<b>Melhorou</b>	26	35,6%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	34	46,6%
<b>Piorou</b>	05	6,8%
<b>Piorou muito</b>	0	0%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 22 - Opinião dos docentes sobre a influência da extensão do internato para os dois últimos anos do Curso de Medicina sobre a qualidade do médico formado pela FCMS da PUC-SP.**

<b>Influência da mudança do internato para dois anos sobre a qualidade do médico formado</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Melhorou muito</b>	09	12,3%
<b>Melhorou</b>	43	58,90%
<b>Nem piorou/nem melhorou</b>	17	23,3%
<b>Piorou</b>	03	4,1%
<b>Piorou muito</b>	01	1,4%
<b>Total</b>	73	100%

Fonte: Elaboração própria.

De maneira geral os professores que vivenciaram os dois modelos pedagógicos parecem considerar o uso das metodologias ativas e a extensão do internato mais positivas para a qualidade do futuro médico, quando comparadas à mudança para o modelo interdisciplinar. Isso pode ter ocorrido porque a exposição ao modelo interdisciplinar piorar a satisfação no trabalho e pode comprometer a visão dos docentes em relação ao benefício da mudança, porque o modelo interdisciplinar expõe mais a falta de aquisição de conhecimento pelos alunos ou porque o modelo interdisciplinar exige maior entrosamento entre as partes e isso possa não estar ocorrendo.

#### *7.1.5 Docentes que iniciaram as atividades antes de 2006: considerações sobre a reforma curricular de 2006*

Aqui serão analisados os dados obtidos com as respostas à questão aberta: “quais suas considerações sobre a reforma curricular em prática desde 2006?”. Esta questão estava no final da segunda parte do questionário semiestruturado enviado aos docentes. Ressalta-se que esta segunda parte do questionário só deveria ser respondida pelos professores que já estivessem em atividade no curso de medicina antes de 2006, portanto, antes da reforma curricular. Do total de 102 docentes que responderam o questionário, 73 responderam a segunda parte. Destes, apenas um se absteve de responder esta última pergunta. Os outros 72 responderam a pergunta e, de maneira geral, deram respostas extensas, comprometidas e com observações claras.

Para a análise do conteúdo foram feitas leituras das respostas, buscando identificar o posicionamento geral dos docentes em relação à reforma curricular e, em seus aspectos mais particulares, suas considerações, suas sugestões e suas críticas sobre as mudanças operadas, numa tentativa de identificar fatores positivos e negativos em relação à reforma. Esta análise qualitativa foi feita tomando como referência as respostas obtidas nas questões fechadas do questionário.

As respostas obtidas com esta pergunta, “quais suas considerações sobre a reforma curricular em prática desde 2006?”, trouxeram para a análise questões referentes à avaliação do aluno e do curso, à capacitação docente e à participação do estudante dentro do modelo proposto.

Em seus aspectos gerais, dos 72 docentes que responderam essa pergunta, a maioria se manifestou favorável à reforma e ao modelo curricular proposto. Isso pôde ser verificado em frases como:

*Em minha opinião a reforma curricular promoveu mudanças importantes (para melhor) na metodologia de ensino/aprendizagem.*

*Ela era necessária e urgente.*

*O PBL [ABP] mudou para melhor a formação médica.*

Entre aqueles que se manifestaram contrários, as observações feitas questionam o grau de profundidade das mudanças, o descarte das experiências anteriores na vigência do currículo anterior, a superficialidade do ensino atual e a ausência de avaliação das mudanças efetivamente ocorridas:

*A maioria das mudanças são apenas aparentes ou superficiais. Não foi feita uma avaliação para medir se as referidas mudanças ocorreram realmente.*

*Havíamos de fazer algo. A mudança era inevitável. Todavia, jogar mais de 30 anos de experiência fora e começar do zero, acredito que tenha sido um erro.*

*Ensino superficial sem o alicerce necessário e alunos pouco cobrados.*

Alguns professores não se posicionaram claramente contrários, mas fizeram uma série de críticas, salientando a incompletude da reforma.

*As mudanças não aconteceram em todas as áreas. Temos as tutorias nos anos iniciais, mas nos anos finais o modelo de ensino volta para o tradicional.*

*O processo de avaliação ainda é o modelo tradicional. Há falta de comissões como preconizada no plano pedagógico. O modelo interdisciplinar é só no papel. Os laboratórios são falhos e não abertos aos estudantes como deveriam ser. As consultorias não funcionam [...] Não há capacitação de professores para as atividades.*

Alguns docentes questionaram a aprendizagem no método atual em comparação ao “método antigo”.

*O ponto fraco é que como há os problemas, os alunos não possuem conhecimento de anatomia e fisiologia de maneira mais ampla como no método antigo. Isto é notório no nosso dia a dia em contato com os alunos. Por outro lado, os mesmo são obrigados a participar mais, estudar por conta própria.*

Verifica-se que a deficiência em relação aos conteúdos, quando comparados às antigas disciplinas básicas, está muito presente entre aqueles que se manifestaram contrários à reforma. Um docente assim se expressa:

*Os alunos do quinto e sexto anos são deficientes em anatomia, histologia, propedêutica médica, química e fisiologia médica.*

Chama a atenção que a dificuldade com as disciplinas básicas foi citada 11 vezes e sete destas citações foram feitas por aqueles que se mostraram contrários à reforma e três por aqueles que se mostraram neutros. Apenas uma citação sobre a falta de conteúdo das disciplinas básicas foi feita por um docente claramente favorável a reforma. Não há dados que permitam discutir essa relação. Embora as observações sejam relativas às antigas disciplinas básicas, foi possível verificar que elas são feitas por docentes que atuam nos primeiros anos do curso, ou nos últimos anos do curso e, ainda, entre aqueles que atuam em diferentes anos do curso. Ou seja, não são colocações feitas pelos docentes das antigas disciplinas básicas. Portanto, não se relaciona a possíveis sentimentos de desvalorização do seu trabalho diante das mudanças. Entretanto, esse dado pode servir como um fio condutor para atrair aqueles que estão insatisfeitos com as mudanças.

Entre as observações positivas sobre a reforma, as mais citadas foram aquelas relacionadas à participação do aluno no processo de ensino, citadas 15 vezes, à melhora na qualidade do médico (nove citações), ao maior interesse do docente (oito citações) e as relacionadas ao andamento do modelo curricular (oito citações). Essas observações só foram encontradas entre aqueles que se mostraram favoráveis à reforma. Os docentes, assim, exemplificam essas indicações:

*O aspecto que considero mais importante é que os alunos são mais ativos, tomam a iniciativa, em suas atividades e fazem mais questionamentos tanto ao professor como em termos de autorreflexão.*

*A reforma curricular trouxe nova disposição para parte dos professores e o currículo atual está mais adequado ao perfil atual do aluno.*

*Considero a necessidade de procurar soluções para haver maior integração entre as atividades, mas evoluímos muito desde o início do atual currículo.*

*Eu entendo que o programa não necessita de tantos ajustes quanto um grupo de docentes preconiza.*

*Em minha opinião a reforma curricular promoveu mudanças importantes, para melhor, na metodologia de ensino/aprendizagem, com reflexo positivo na formação*

*dos alunos (impressão pessoal), e introduziu para os docentes e para os cursos realizados na FCMS da PUC- SP, particularmente medicina e enfermagem, o conceito e a necessidade de discutir e aprimorar a educação na área da saúde.*

As dificuldades na avaliação do aluno e a falta de capacitação docente estiveram entre os aspectos mais enfatizados pelos docentes, tendo sido apontadas pelo menos 17 vezes, notadamente, com certa insatisfação com o que vem ocorrendo, mas colocando a importância dessas questões no direcionamento do curso.

*Acredito que a avaliação do aluno de internato mereça maior cuidado: todas as clínicas deveriam utilizar os métodos de avaliação (ex. Mini-CEX) da mesma forma.*

*Acho que os alunos encontram-se muito mais motivados. No entanto, faltam instrumentos de avaliação que sejam realmente eficazes, tanto para avaliar o desempenho do aluno quanto do professor. E, uma vez detectadas as deficiências, usar formas efetivas de recuperação de ambos.*

Sugestões ou críticas à deficiência na infraestrutura, na integração dos diferentes conteúdos ou áreas do conhecimento, na necessidade de avaliação do curso e revisão das propostas pedagógicas também apareceram de forma bastante consistente nas respostas obtidas. A consideração que segue representa o conjunto de sugestões e críticas feitas pelos docentes.

*A nova estrutura curricular exige mais atenção e capacitação contínua do professor e mais empenho e compromisso do aluno que passou a ser o maior responsável pelo seu aprendizado. A reforma curricular também trouxe consigo nova temática no cotidiano docente, tais como capacitação docente, avaliação crítica, responsabilidade pela formação discente (e não apenas ensino), conteúdos de humanidades, pesquisa em educação médica, temas que anteriormente não estavam presentes. Entretanto, a coordenação do curso precisa garantir a permanência e a discussão contínua destes e de outros tópicos relacionados à educação.*

Importante ressaltar que, exceto pelas questões referentes às antigas disciplinas básicas, não se observa diferença entre os simpatizantes da reforma e aqueles que se mostram contrários a ela.

Diante desses dados, podemos considerar que as respostas à questão aberta permitiram conhecer melhor as opiniões dos docentes que vivenciaram a reforma curricular, permitindo desvelar aspectos que o questionário não contemplou. As respostas dos docentes também apontaram uma direção para as entrevistas em profundidade.

## 7.2 Um olhar a mais para os números

A avaliação de escalas atitudinais é quase que intuitiva, pois a construção das assertivas e escolha de suas respostas pelos respondentes deve discriminar o espectro de variação de opiniões dos entrevistados (DWYER, 1993). Entretanto, se a construção da escala de respostas não for consistente, pode não capturar a diversidade de opiniões a suas frequências. Para evitar tais erros e avaliar a consistência das questões construídas em escala Likert, habitualmente utiliza-se do coeficiente de correlação ( $r$ ) que relaciona a resposta de cada questão ao total de pontos de todas as questões de cada participante, criando um valor de "r" que pode variar de zero a um, sendo considerado consistente quando for superior a 0,15 (MORAES, 2006). Para isso, é necessário transformar cada resposta em uma escala numérica, que neste caso variou de 1 (mais negativo possível) a 5 (mais positivo possível). Segundo Dwyer (1993), as escalas de Likert com variação do espectro do mais negativo para o mais positivo (ou vice-versa) construídas com 5 respostas, quando consistentes, geram respostas com distribuição normal de suas frequências, o que é até visível nas respostas ao questionário deste estudo. Essa distribuição normal permite a utilização de métodos estatísticos para dados paramétricos, inclusive testes simples como o teste "t" de Student quando se quer comparar duas situações diferentes, o que não é o caso deste estudo (DWYER, 1993). Para o cálculo deste coeficiente de correlação utiliza-se a seguinte fórmula:

$$r = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{N}}{\sqrt{\left[ \sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N} \right] \left[ \sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{N} \right]}}$$

Onde:  $x$  = pontuação na asserção, por respondente

$y$  = total de pontos no instrumento, por respondente

$N$  = número de respondentes (tamanho da amostra)

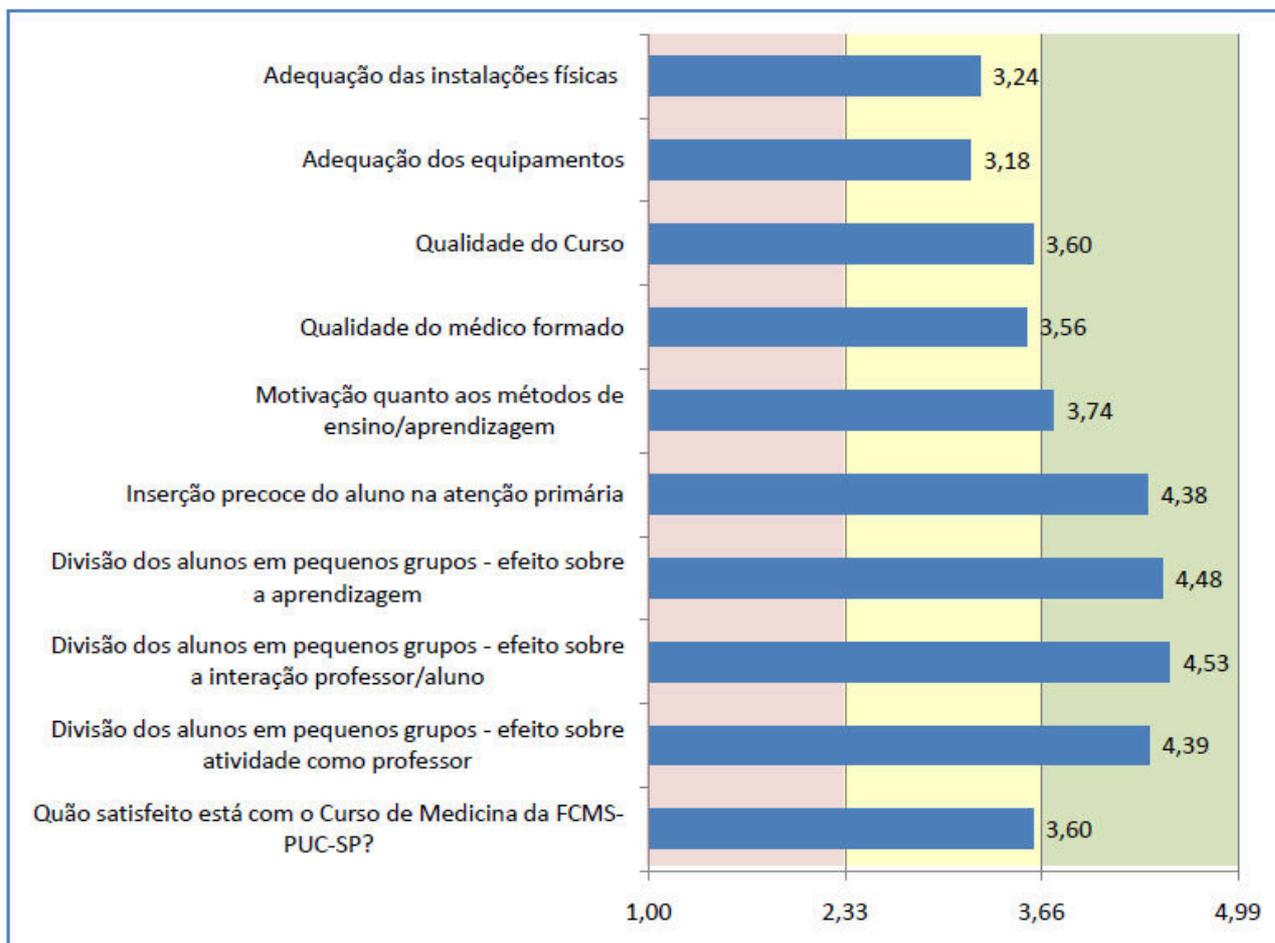
A aplicação deste coeficiente de correlação para cada uma das questões deste estudo mostrou boa consistência interna (com "r" variando entre 0,38 e 0,82), não havendo

necessidade de desconsiderar qualquer das questões, o que seria necessário caso tivessem  $r < 0,15$ .

Outra forma de avaliar ou "quantificar" a impressão geral dos respondentes a cada uma das questões é calcular a média das respostas e cotejá-las frente à distribuição de todo o espectro de respostas, dividido em "zona de conforto" (quando a média está situada no tercil superior), "zona de alerta" (quando situada no tercil médio) e "zona de perigo" (tercil inferior) (MORAES, 2006). A zona de conforto (fundo verde nos gráficos 13 e 14) dá segurança de que a amostra de pessoas estudadas tem uma atitude positiva em relação à questão ou assertiva. A zona de alerta (fundo amarelo nos gráficos 13 e 14) pressupõe uma preocupação e sinais de que há necessidades de ajuste em relação à questão pesquisada e a zona de perigo (vermelho nos gráficos 13 e 14) indica ao pesquisador que há claros indícios de uma atitude negativa daquela amostra de pessoas estudada em relação à assertiva, exigindo mudanças (MORAES, 2006).

O gráfico 13 apresenta as médias das dez questões iniciais do questionário aplicado a todos os professores respondentes ( $n=102$ ). Pode-se observar que as mesmas questões que causaram preocupação na análise descritiva do questionário, aqui aparecem na zona de alerta, ou seja, as instalações físicas e os equipamentos têm pior avaliação, enquanto a divisão das turmas em pequenos grupos e a inserção dos alunos em atividades na atenção primária já no primeiro ano do curso são mais bem avaliadas.

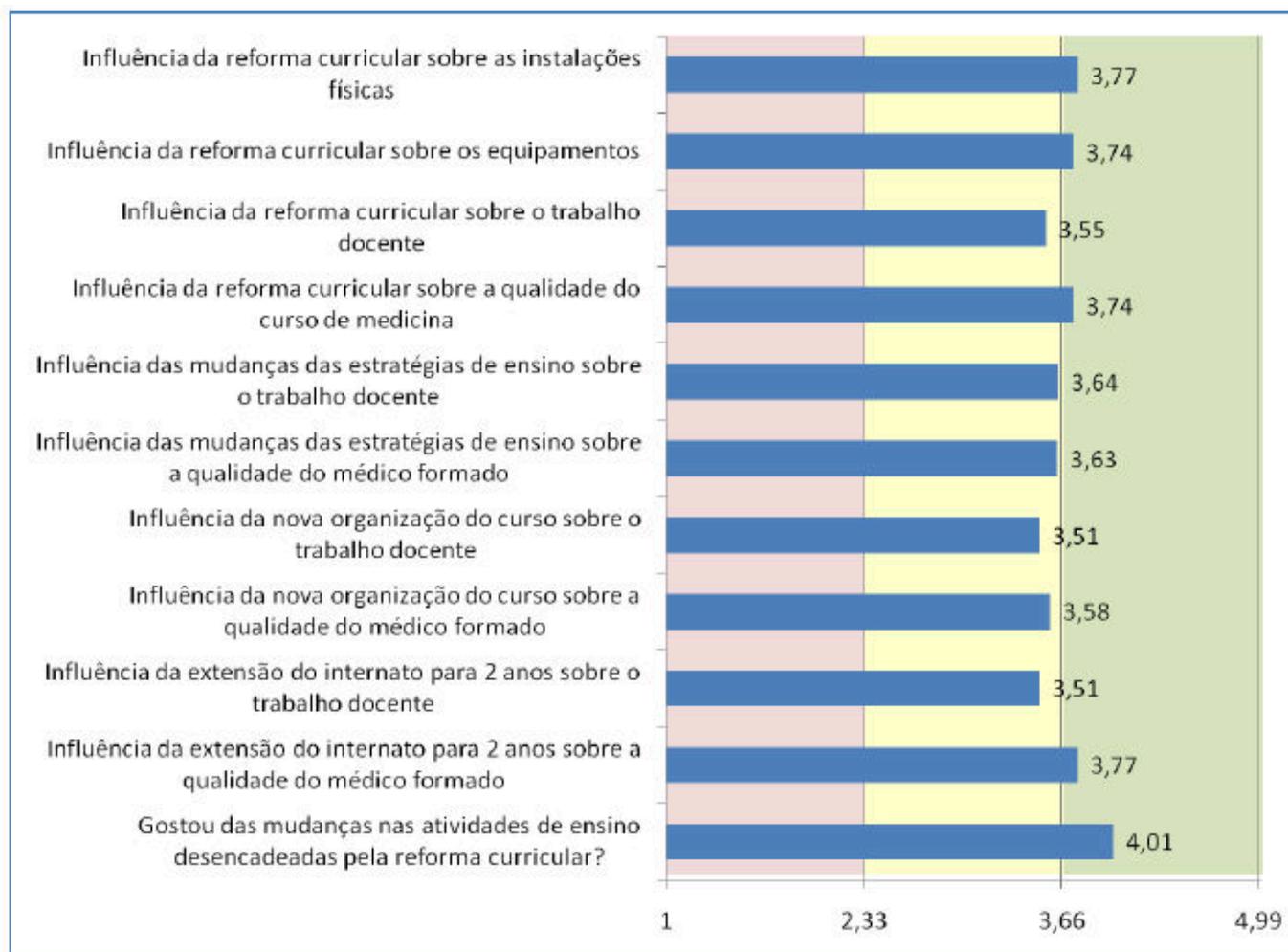
**Gráfico 13 - Avaliação quantitativa da visão dos docentes sobre as respostas a 1º parte do questionário. (102 docentes)**



Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 14 apresenta as médias das onze questões do questionário aplicado apenas aos professores que já estavam em atividade por ocasião da reforma curricular ( $n=73$ ). Como se pode verificar, também aqui, a análise evidenciou as mesmas situações capturadas na análise descritiva das respostas obtidas no questionário. Pode-se dizer que, de maneira geral, os professores apresentam atitudes muito próximas do positivo para todas as questões relativas às mudanças provocadas pela reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP.

**Gráfico 14 - Avaliação quantitativa da visão dos docentes sobre as respostas a 2º parte do questionário. (73 docentes).**



Fonte: Elaboração própria.

### **7.3 Os docentes e a reforma curricular – um olhar para além dos números.**

A análise que segue se enquadra numa abordagem qualitativa de pesquisa e se baseia num conjunto de entrevistas em profundidade com um pequeno número de professores (seis) previamente selecionados. Os procedimentos utilizados para esta análise qualitativa baseiam-se em Bogdan; Biklen (1991) e Taquette; Minayo (2015). As entrevistas foram planejadas com o objetivo de aprofundar a análise dos dados obtidos através do questionário semiestruturado, previamente aplicado aos docentes. Os critérios para seleção dos entrevistados foram: ser docente do curso de medicina; ter iniciado as atividades antes de 2006 (antes da reforma do currículo do curso de medicina) e contemplar um dos três

diferentes grupos categorizados, isto é, ter atividade apenas nos primeiros anos do curso (1º ao 3º ano), ter atividade nos últimos anos do curso (4º ao 6º ano), ou ter atividade ao longo de todo o curso (1º ao 6º).

Os procedimentos realizados para as entrevistas ocorreram de forma muito positiva. Os docentes selecionados responderam prontamente ao convite, feito por e-mail, foram flexíveis nos horários e disponibilizaram mais de uma hora para que a entrevista fosse realizada, mesmo que significasse perder o almoço, e, principalmente, se mostraram abertos, sinceros e claros em suas posições. As entrevistas foram feitas na FCMS da PUC-SP.

Ao longo das entrevistas, nota-se um envolvimento grande dos entrevistados com a Instituição, assim como motivação para o trabalho docente, mesmo quando estão dizendo que pensam em parar. Eles pontuam com firmeza as situações adversas que envolvem o dia a dia do trabalho, sem tom de reclamação pela reclamação, mas, sim, fazendo uma análise crítica no sentido de identificar os erros e buscar acertos. Essa clareza e sinceridade agregam significado aos dados, garantindo à sua fidedignidade no momento de construir esse texto.

Entre as questões abordadas nas entrevistas foram incluídas a visão geral do docente sobre a reforma curricular; o impacto desta reforma sobre o trabalho docente, sobre a qualidade do curso e sobre a qualidade do médico formado; as dificuldades na avaliação da aprendizagem e, finalmente, a visão dos entrevistados sobre a capacitação contínua dos docentes do curso. A leitura das entrevistas realizadas permitiu criar novas categorias de análise como a visão dos docentes sobre a evolução do curso e as sugestões para correções de rumo.

### 7.3.1 Mudanças desencadeadas pela reforma curricular

Quando convidados a falar sobre sua avaliação em relação às mudanças desencadeadas pela reforma curricular implantada, de maneira geral, os docentes entrevistados têm uma visão positiva e entendem que ela veio para ficar. Esta percepção está evidenciada na fala dos entrevistados, em que alguns afirmam:

*Eu vejo como uma coisa muito positiva essa reforma que aconteceu aqui na faculdade. (Entrevistado 1).*

*Eu avalio de forma positiva. Eu acho que tinha que acontecer essa mudança [...] Eu acho que se o método for bem aplicado, como deve, ele é maravilhoso. Então, eu vejo de forma positiva. (Entrevistado 06).*

*Eu não vejo possibilidade de voltar ao estilo clássico anterior. (Entrevistado 05).*

Um dado de especial relevância, indicativo deste olhar positivo dos docentes, refere-se ao que pode ser designado pró-atividade do aluno. Esteve muito presente entre os entrevistados a declaração espontânea do efeito positivo da reforma sobre a postura do aluno diante do estudo e do seu papel como protagonista dentro do processo de ensino e aprendizagem.

*O principal impacto que eu senti foi o interesse do aluno no que você está querendo passar para ele. Isso eu não tive dúvida nenhuma de que foi positivo. Vem um aluno mais interessado, debatendo o tema, porque já estudou alguma coisa em casa. Para mim foi muito positivo nesse sentido [...] Ter um aluno mais presente, mais proativo. Ele está com vontade de saber. (Entrevistado 2)*

Outros professores assim se expressam:

*[...] Um aspecto positivo, sem nenhuma dúvida, é o auto aprendizado. Eu acho que o auto aprendizado é muito interessante. Melhorou muito! O aluno hoje é focado nisso, ele tem essa tendência. (Entrevistado 3)*

*Acho que uma das grandes mudanças que o currículo provocou foi transformar a educação num processo ativo [...] O aluno tem que participar, tem que se preparar para atividade. Isso faz parte de todo o aprendizado. (Entrevistado 1)*

Esta pró-atividade do aluno, segundo os docentes, promove a integração entre as diferentes áreas, constituindo-se, neste caso, em ponto de chegada e não de partida do conhecimento disciplinar, característica básica da formação superior tradicional. Além disso, essa pró-atividade parece fortalecer o trabalho em grupo e influenciar de maneira positiva a postura do aluno diante da atividade médica.

*Eu vejo os alunos iniciando nas habilidades desde o primeiro ano, se envolvendo mais na parte profissional do curso. Então, eles já têm uma linguagem médica mais adequada, uma postura, uma comunicação diferente. Eles se envolvem mais com os casos clínicos, vêm buscar nas disciplinas básicas explicações para o que eles encontram no estudo dos casos clínicos. Eu acho que isso ajuda a integração. (Entrevistado 4).*

*Então essa participação ativa que se exige do aluno, que eu acho perfeita, acho um aprendizado. Tem vários alunos que eu percebi uma mudança no decorrer do ano. Não só no conteúdo programático, mas na formação, na postura, na participação e no trabalho em grupo. (Entrevistado 5).*

### 7.3.2 O trabalho docente

Em relação ao impacto da reforma curricular sobre o trabalho docente, observa-se também uma visão positiva sobre o crescimento pessoal que o currículo proporcionou ao docente, embora haja relatos das dificuldades para a realização das tarefas do dia a dia, geradas por diferentes aspectos, inclusive, pela própria reforma curricular.

As falas que seguem parecem confirmar a análise feita sobre os resultados observados nas tabelas 2 e 3, onde se verificou que a motivação para o trabalho foi maior que a satisfação com o curso. De um lado, o trabalho docente torna-se difícil e cansativo, mas de outro lado mais atraente e prazeroso. O lado positivo e negativo do trabalho docente, em decorrência das mudanças ocorridas, está representado em diferentes falas.

*Eu acho que tornou o meu trabalho mais difícil. Eu acho que o currículo hoje exige muito mais compromisso do professor, porque ele não pode estar com as coisas preparadas e simplesmente ir lá e falar uma coisa pronta. Ele vai precisar escutar o aluno, ele vai receber questionamentos diferentes que ele vai ter que resolver para responder, ou direcionar a procura do aluno para essa resposta. Então, o currículo atual exige mais do professor, do ponto de vista pessoal e do esforço pra preparação das atividades [...] Você tem que trabalhar mais, você tem que se empenhar mais, é um negativo entre aspas [...] Tem o aspecto positivo do professor também crescer. Eu acho, por exemplo, que nesses últimos anos, que eu vivi esse novo currículo, eu tive um grande crescimento como educador. (Entrevistado 1).*

As mudanças têm impacto positivo sobre a atividade de estudo do professor, geram necessidade de integração entre as diferentes áreas do conhecimento, mas acarretam maiores exigências dentro desse contexto.

*Dá muito mais trabalho! No outro modelo eu dava sempre as mesmas aulas. Eu fazia modificações quando eu tinha lido alguma coisa nova. Agora não. [...] Você tem que estudar coisas que não estudava antes. Mas é bom, me anima! Eu me sinto mais atualizado nessas coisas! E é gratificante! Mas que dá mais trabalho dá, sem dúvida nenhuma. (Entrevistado 5).*

*Nós hoje estudamos muito mais do que no passado. O docente do ensino básico tem que se preocupar com clínica e com fisiopatologia que no passado não era a nossa área [...] Havia essa ruptura entre o básico e o aplicado e hoje não existe. Mas isso exigiu mais dos professores da área básica, inclusive de capacitação [...] Eu acho que essa foi uma das grandes modificações e a grande vantagem dessa mudança curricular [...] Os professores da área profissionalizante se integraram com os básicos e vice versa. Isso trouxe um crescimento para capacitação docente em ambos os lados. (Entrevistado 4).*

Outro professor assim se refere à nova situação gerada pela reforma curricular:

*Então, no começo foi difícil! Foi difícil! Por exemplo, eu fazia habilidade para os alunos do primeiro ano. Fazer habilidades para o primeiro ano era uma coisa complicada, porque a gente não sabia que modelo seguir. Então criamos uma habilidade que continha uma série de saberes novos [...] fomos adaptando e criando até chegar num modelo que achamos que era um modelo razoável. Mas tudo isso foi uma série de aprendizados. Não aprendemos isso no primeiro ano, nem no segundo. Foi lá pelo quarto ou quinto ano. Foi uma coisa que demorou e foi difícil, um começo muito difícil. [...] hoje eu diria para você que eu me sinto muito bem como professor. (Entrevistado 3).*

Para um dos entrevistados, as dificuldades geradas pelas deficiências estruturais exigem maior gasto de energia do docente, mesmo para atividades do dia a dia. Entretanto, percebe-se, na sua fala, motivação para resolver as dificuldades.

*Eu estou cansada de lutar para dar aula. [...] Então você luta pra achar uma sala, luta para achar uma série de coisas para poder fazer uma prova [...] Como na habilidade, se tivesse um laboratório estruturado [...] Já que vamos mudar para as metodologias ativas, para a habilidade clínica precisava de um laboratório montado, estruturado [...] Eu posso pedir para um residente ir lá para prova, ele vai lá, imita um paciente. Eu acho bacana, acho que envolve o residente. Mas precisa ter um local para isso [...] Mas eu adoro dar aula. (Entrevistado 2).*

### 7.3.3 A infraestrutura oferecida

As falas anteriores, sobre o trabalho docente, de certa maneira, trazem algumas informações sobre as dificuldades enfrentadas em relação às deficiências na infraestrutura disponibilizadas para o curso de medicina.

As respostas ao questionário semiestruturado mostraram que as instalações físicas e os equipamentos disponibilizados para o curso estão entre aqueles aspectos com menor aprovação pelos professores. Entretanto, isso parece não mudar a satisfação com o modelo curricular adotado, que foi bem avaliado nas respostas obtidas no questionário. O relato de um docente durante a entrevista parece resumir essa visão geral sobre o momento atual em relação ao projeto pedagógico e a estrutura para o seu funcionamento.

*O projeto pedagógico que nós temos é um projeto inovador. Ele está dentro dos padrões internacionais de um curso de medicina, mas essa defasagem da infraestrutura e da organização do corpo docente tem dificultado cumprir as metas previstas pelo plano pedagógico. (Entrevistado 4).*

As dificuldades encontradas nas habilidades, que deveriam ser realizadas, em boa parte, nos laboratórios de simulação da prática médica, parecem ter um papel importante nas

questões colocadas entre aquelas que não atendem às necessidades do curso. As adequações na estrutura física e nos equipamentos, necessários para a prática dentro do modelo pedagógico delineado pela FCMS da PUC-SP, parecem não ter conseguido seguir o ritmo da implantação do currículo e geram dificuldades concretas no dia a dia do docente.

*O que eu acho que está mudando são as condições da gente para oferecer o curso para o aluno. Se eu comparar as habilidades [...] a gente tinha mais gás. Era diferente isso. Agora vejo o professor mais cansado. Por quê? Ele chega à enfermaria e não tem o paciente para ele mostrar para o aluno. Na habilidade eu sinto que o problema é esse [...] A gente não tem laboratório [de simulação] [...] Eu teria que ter as coisas juntas. (Entrevistado 2).*

*Por exemplo, eu falei do boneco. A gente precisa de maior atividade com isso, mas para ser maior, a gente precisa de um laboratório melhor. Hoje nós só temos um boneco desses ótimos [...] Nós deveríamos ter maior oportunidade e facilidade de acesso [...] pra que as coisas pudessem fluir mais facilmente. (Entrevistado 3).*

*Eu acho que o que poderia ser melhor para a [área] que a gente ainda tem dificuldade, são os bonecos para emergência [...] Podíamos treinar os alunos. Isso é tão importante. Eles vão dar plantão em pronto socorro. A gente sabe disso e se eles tivessem esse treinamento ia ser muito bom para esses meninos. (Entrevistado 6).*

Para alguns docentes:

*[...] precisaria ter uma pró-atividade maior das lideranças da escola, no sentido de conseguir que todos os cenários de ensino fossem atualizados. (Entrevistado 3).*

Outro professor aponta o descompasso entre a proposta pedagógica e as condições necessárias para sua efetivação plena.

*Nós estamos hoje passando por uma crise de funcionários para o aprendizado dos alunos, que através do PAS, frequentam as UBS do município. Eles vão por condução própria. O professor tem que se deslocar para a UBS, que não está preparada para receber esses alunos, do ponto de vista físico e inclusive do profissional que está lá trabalhando. Às vezes ele nem é avisado que os alunos vão participar das atividades da UBS. Existe um descompasso entre nós e a prefeitura na adequação dessa rede para receber nossos alunos. Isso inicialmente foi feito de uma forma bastante precária, mas a coisa não evoluiu muito no sentido de adequar a rede primária para receber os alunos. (Entrevistado 4).*

*Nós tivemos no meu modo de ver, uma preocupação com a parte da estrutura curricular, da organização didática e pedagógica do curso [...] Nós centramos muito no estudo e adequação didático pedagógica, mas a infraestrutura e a adequação do corpo docente não foram preparadas com a mesma ênfase. Essas três dimensões são muito bem definidas pelo MEC [...] Hoje nós observamos certo descompasso entre aquilo que o projeto pedagógico pretende e o que nós temos de capacidade instalada. (Entrevistado 4).*

Tais descompassos têm seus desdobramentos quanto ao que os professores pensam da qualidade do curso de medicina.

#### 7.3.4 Quanto à qualidade do Curso de Medicina

Através do questionário semiestruturado, verificou-se que 26,7% dos docentes responderam nem bom/nem ruim quando questionados sobre a qualidade do curso e 32,4% para a qualidade do médico formado. Nas respostas obtidas entre os docentes que iniciaram a atividade antes da reforma curricular, 30,1% responderam nem bom/nem ruim quando questionados sobre a qualidade do curso e 35,6%, para a qualidade do médico formado. Estes dados chamaram a atenção, pois estiveram acima das respostas obtidas para as outras questões, evidenciando assim, um posicionamento mais crítico em relação a aspectos cruciais do curso.

Entre os entrevistados, de maneira geral, também se observa dúvida ao falar sobre a qualidade do curso e do médico formado pela FCMS da PUC-SP após a reforma curricular. Como pode ser exemplificado pelas falas que se seguem:

*Eu tenho dúvida. Não está claro. Eu não sei se a gente pode responder isso, por exemplo, que essa mudança para metodologia ativa melhorou a qualidade do curso devido à mudança só do currículo. (Entrevistado 2).*

*É muito difícil, né? Pergunta difícil, porque é baseado no achismo, o que é meio complicado. Eu diria que sim, as coisas estão diferentes. (Entrevistado 3).*

Parece que a reforma curricular não conseguiu vencer certas dificuldades que já estavam presentes na Instituição anteriormente à reforma e dificultavam o andamento do curso.

*Eu acho que a gente não consegue melhorar porque tem outros entraves. A gente tinha isso antes e continua tendo. Por mais que a gente tente mudar, a gente não consegue. Eu acho que são forças externas, eu acho que foge à vontade das pessoas que estão aqui batalhando. Elas estão tentando melhorar, mas não conseguem. (Entrevistado 2).*

### 7.3.5 Quanto à qualidade do médico formado

Não obstante as dúvidas manifestadas, ainda assim pode-se afirmar que predomina um olhar positivo sobre a qualidade do profissional formado, como observado na fala deste docente que tem suas atividades nos últimos anos do curso.

*A minha impressão é que eles são um pouco superiores se eu comparar com a média dos médicos do currículo anterior. Mas isso é uma impressão, porque a gente não tem essa avaliação [...] Mas eu penso que eles são ligeiramente superiores aos alunos que formávamos anteriormente. (Entrevistado1).*

Em outro momento da entrevista, este mesmo professor afirma que:

*Os alunos que vem de metodologias ativas são mais desenvolvidos, mais prontos e tem mais iniciativa. Tem uma coisa diferente. (Entrevistado 1).*

O mesmo se observa entre os demais entrevistados.

*É muito difícil. Eu não arriscaria dizer [...] Apesar de que a maior parte dos dados desses aspectos mostra que não houve melhora na cognição, mas houve melhora no relacionamento. Isso realmente existiu. Isso realmente tem trabalhos mostrando. (Entrevistado 3).*

*Eu estive envolvido em uma pesquisa onde estávamos comparando os alunos egressos no modelo tradicional e no novo modelo, mas não tivemos adesão estatisticamente significativa [...] Eu não tenho capacidade de avaliar o que acontece no exercício médico, mas na convivência eu acho que tem algumas coisas que são muito interessantes. (Entrevistado 4).*

*Com a mudança do currículo? Olha, até alguns anos atrás eu achava que sim. Mas hoje eu não sei. Eu hoje não acho que está pior, mas eu tinha uma expectativa de que melhoraria muito. Eu acho que a faculdade está se perdendo com a maneira como nós estamos executando esse método. (Entrevistado 2).*

*Eu acho que ainda tem falhas. Não sei. Eu não tenho essa experiência do sexto ano, da formação do aluno no currículo antigo. Eu realmente não sei quantificar isso porque eu não estava tão envolvida assim nessa formação deles quando eu comecei a dar aula. Depois eu fui me envolvendo mais. Hoje, olhando criticamente, eu acho que a gente forma alunos muito bons. (Entrevistado 6).*

### 7.3.6 Capacitação, aperfeiçoamento dos docentes

A implantação de uma reforma, qualquer que seja, requer que as pessoas nela implicadas se adequem às novas circunstâncias por ela geradas. Assim, processos de aperfeiçoamento profissional são imprescindíveis para que as mudanças pretendidas tenham êxito. Porém, quanto a este aspecto, o posicionamento dos entrevistados é francamente negativo. Segundo eles, a instituição pouco fez, restando aos docentes à iniciativa de buscar seu aperfeiçoamento profissional.

*Não de jeito nenhum! Eu vou procurar muita coisa por mim mesma. (Entrevistado 2).*

*Tem que ter capacitação e ela tem que ser constante e não está existindo. (Entrevistado 3).*

*Foi feita uma capacitação para as atividades que eram diferentes daquela que nós fazíamos [...] Nós tínhamos que saber o que é um tutor e o que ele tem que fazer. Então todos nós tivemos capacitação para sermos tutor. Você tem o docente que é obrigado a fazer habilidades, mas nem todos foram capacitados para isso. (Entrevistado 4).*

*Eu me sinto preparado, ou parcialmente preparado. (Entrevistado 1).*

A capacitação parece não fazer parte das atividades propostas pela Instituição e não está na rotina dos docentes.

*A Instituição não tem se preocupado muito com isso. Eu acho que isso está sendo feito por mérito individual, pessoal e informalmente por nós. Um ajudando o outro com as suas dificuldades. Mas não existe institucionalmente uma preocupação nessa linha não. (Entrevistado 4).*

*Acho o método muito bom, excelente! Só que a gente não está sabendo fazer e não tem uma formação pedagógica. A gente tinha que ter mais capacitação. Eu fiz o curso de capacitação de tutor, mas foi uma coisa muito rápida. (Entrevistado 5).*

Embora os docentes se ressintam da falta de uma proposta de capacitação, parece que também existe certa acomodação por parte dos docentes em se organizar para que ela aconteça. Além disso, as poucas oportunidades oferecidas, muitas vezes partem de docentes que se dispõem a compartilhar suas experiências e nem sempre podem ser bem aproveitadas.

*Ela fez uma oficina de Mini-CEX. Ela fez uma oficina de “learning tendency” que é uma coisa que eu não sabia fazer [...] Eu vim, participei. E os professores foram convidados para participar, mas a adesão foi pequena. Então eu acho que esse movimento da Universidade em tornar os professores capacitados, ele aconteceu*

*algumas vezes. Mas não vejo as pessoas aderirem a isso. Da mesma forma que o restante. As pessoas não querem se envolver. Eu não sei o que acontece. Será que elas não estão estimuladas a se envolver? Eu não sei, é pouca adesão. (Entrevistado 6).*

### 7.3.7 Avaliação da aprendizagem

Os reflexos das dificuldades de aperfeiçoamento e atualização docentes são percebidos mais especificamente na avaliação da aprendizagem do aluno. Se a pró-atividade do aluno, aspecto altamente positivo na motivação da aprendizagem, é facilmente percebida pelos docentes, na avaliação da aprendizagem do aluno predomina entre os docentes a insegurança e a dificuldade.

*Avaliação [...] A! Essa eu estou perdida faz tempo. Tenho dificuldade de avaliar o aluno, tenho muita dificuldade de falar para o aluno, olha você não está sabendo, vamos refazer. (Entrevistado 2).*

*Nós estamos pecando na questão da avaliação [...] Nós estamos muito aquém do necessário nesse quesito da avaliação, tanto dos alunos quanto do curso [...] Eu acho que é uma falha do currículo. (Entrevistado 1).*

*Muita! Muita dificuldade! Eu acho que eu ficaria dois dias falando disso. Não vou nem começar. Vou te dar a resposta seca: a avaliação está toda errada [...] nossa avaliação é muito ruim. (Entrevistado 3).*

Os docentes colocam muito claramente quais as dificuldades enfrentadas em relação à avaliação. Entre elas, a mais importante parece se relacionar com a formação do docente e as ferramentas de avaliação do modelo pedagógico proposto.

*Eu acho que é difícil para o professor avaliar. Primeiro porque nós temos um problema sério entre as mudanças e a formação que a gente tem. (Entrevistado 5).*

*O que eu vejo que chega ser até um pouco desestimulante para alguns alunos, principalmente os que são excelentes, é o nosso sistema de avaliação. Nosso sistema não está devidamente adequado para a estrutura curricular que implantamos [...] Ele tem ainda resquícios da avaliação do estudo tradicional [...] Nós ainda estamos privilegiando a questão quantitativa. (Entrevistado 4).*

*Eu acho que o nosso curso não tem usado os instrumentos de maneira adequada para fazer a avaliação do aluno. As avaliações são um pouco inconsequentes para o aluno e para o curso. Porque uma avaliação tem que provocar no aluno uma resposta e no próprio sistema uma resposta. Se você está mostrando que o aluno não está aprendendo, então alguma coisa está errada com o sistema também, não é só com o aluno. (Entrevistado 1).*

Outra colocação se refere à recuperação do aluno. Teoricamente, o aluno que não está alcançando nível satisfatório de aprendizado deveria receber auxílio para superar as dificuldades e adquirir conteúdos e habilidades necessárias para passar para as etapas seguintes. Entretanto, em algumas situações, parece que o uso do modelo tradicional da recuperação, baseada no estudo individual e repetição de provas, com questões objetivas parece prevalecer, como pode ser observado nessa colocação feita por um dos entrevistados.

*Nós deveríamos estar nos preocupando com eles no sentido de recuperá-los continuamente. A única coisa que se tem feito é oferecer uma nova oportunidade. Mas não há uma forma de recuperação bem estabelecida, de maneira contínua, para ajuda-los nas suas dificuldades. Só oferecer uma nova oportunidade não é uma recuperação. Eu acho que a recuperação é você resolver as dificuldades para que o aluno melhore. Até pode se fazer uma nova avaliação, desde que você tenha um trabalho de recuperação prévia com aquele aluno. Aí você pode tentar fazer uma nova prova. Mas eu acho que nem haveria necessidade [...] Mas hoje o aluno mostra dificuldades, mostra insuficiência e você não o auxilia a recuperar as dificuldades e ele passa por uma nova avaliação dali a alguns meses. (Entrevistado 4).*

O papel do conselho de classe também esteve entre as observações feitas em relação à avaliação do aluno. Fica uma sensação de que não maximiza os recursos disponíveis como critério de revisão de um conceito recebido pelo aluno, entre eles, a prova de progresso, o portfólio, as avaliações das tutorias.

*Agora, 100% de aprovação, isso não existe. Os poucos que vão para o conselho, passam. E isso desmotiva o aluno a melhorar. (Entrevistado 5).*

*Eu tenho medo de reprovar o aluno. Eu já tive experiência de reprovar e alguém vai e aprova. (Entrevistado 2).*

Os docentes, de maneira geral, também fazem referência ao uso do S (Satisfatório) e I (Insatisfatório) como critério de avaliação. Eles parecem não estar satisfeitos em classificar os alunos dentro de limites tão amplos e inespecíficos.

*Em relação à avaliação, uma coisa que me incomoda profundamente é o satisfatório e o insatisfatório. Isso me incomoda demais. Eu sou a favor da meritocracia. A pessoa que se dedica e estuda tem que ser parabenizada [...] Muito menos motivador para o aluno que se dedica, porque fica suficiente igual. Suficiente é suficiente e acabou. E às vezes você não tem um aluno que é insuficiente total, ele é meio termo. Esse I e S me incomodam profundamente. (Entrevistado 6).*

*Outra coisa é o S ou I. Eu não concordo, porque 05 ou 10 são iguais. Então o 05 nunca vai evoluir para o 10 e o 10 fica num grupo que desestimula. Então tinha que dar pelo menos 04 variáveis. Porque satisfatório não é “você é ótimo”. O Regular, o*

*bom e o ótimo ficam todos no mesmo balaio. Para você dar insatisfatório tem que errar muito. (Entrevistado 5).*

*O que se percebe é que a média e a média superior se confundem, porque nós temos só duas medidas das avaliações, ou é S ou é I. Então entre os “Ss” eu tenho alunos que são da média superior e tenho alunos que são da média e até um pouquinho da média inferior que são satisfatórios. Os outros são insatisfatórios. (Entrevistado 4).*

Entre as ferramentas de avaliação disponíveis, as mais citadas foram o Mini-CEX, a prova de estações e o salto triplo, como pode ser exemplificado e explicado nas frases que se seguem. As questões relativas à capacitação aparecem novamente, parecendo ser em parte, responsáveis pelas dificuldades enfrentadas com a avaliação dos alunos.

*E aí, no internato, a avaliação tem sido feita por Mini-CEX que é uma avaliação de uma parte de uma consulta [...] É uma avaliação boa porque você acompanha como está sendo feito e você vai corrigir imediatamente aquilo que não estava correto. Então é um modelo muito bom de avaliação, mas ele não tem sido feito dessa forma. Então isso é ruim e a gente sabe e não corrige. (Entrevistado 1).*

*O sexto ano, por exemplo, a gente deveria obrigatoriamente fazer o Mini-CEX. Ele deveria ser feito e não está sendo, porque os docentes não se sentem à vontade. É difícil porque você tem que ter tempo pra aquilo. Então, frequentemente, os alunos chegam (fora de hora de atividade) e falam: - dá para completar o meu Mini-CEX? E eu digo que não dá, pois não fiz (a avaliação). É uma competência que você tem que demonstrar, não é um atendimento. Mas a gente sente nas reuniões que as pessoas nem falam mais muito disso, sabe? Parece que preferem esquecer. (Entrevistado 3).*

*Na verdade a gente teria que fazer, como a gente fez no começo do método, a prova de estações. Você não consegue mais fazer. A primeira a gente fez no Maracanã [...] Mobilizava vários professores ao mesmo tempo. Mas o pessoal estava com gás, então fazia. (Entrevistado 5).*

### 7.3.8 A evolução do Curso de Medicina

Decorrido um período de quase dez anos da reforma curricular do curso de Medicina, professores que viveram o currículo anterior demonstram certo desalento. Apontam para a falta de estímulo, a falta de objetivo e a falta de entrosamento entre a administração e a academia.

*O que eu vejo na faculdade que me deixa chateada é que eu estou vendo deteriorar uma série de coisas, e eu estou vendo que a gente não está conseguindo achar uma saída para resolver essas questões. São poucas as pessoas sensibilizadas. Essas pessoas batem cabeça já desde a reforma curricular. [...] Isso me desmotiva demais. Se a gente vê, desde a reforma até agora, a gente está sempre lutando para*

*administrar um curso adequado. Quando você não tem condições para isso. E esse ano foi o auge. (Entrevistado 2).*

*Mas quando houve a reforma curricular me deu uma energia tão forte! Eu pensei, agora vai! Mas eu vejo que não foi. Poderia ter ido, mas não foi como eu imaginava. E eu agora não tenho tanto sonho quanto antigamente, eu tenho mais o pé no chão. (Entrevistado 2).*

*[...] mas o que eu sinto é que há um descompasso muito grande entre a Fundação São Paulo [mantenedora da PUC-SP], e a Reitoria. Embora ela tenha sido escolhida pela Fundação São Paulo, parece que falta interlocução entre essas duas instâncias. Às vezes a Fundação toma atitudes que prejudicam o acadêmico e me parece que pega a Reitoria de surpresa. Eu estou sentindo, pode ser que eu me engane, uma falta de dialogo entre as ações da Fundação e a Reitoria, envolvendo o ensino, a docência e atividade dos professores. (Entrevistado 4).*

### 7.3.9 Sugestões

Ainda assim, os docentes do curso permitem-se apontar alguns caminhos:

*Acho que precisa colocar o objetivo mais curto. A gente não precisa saber tanta coisa, mas tem que saber bem aquilo. Acho que precisa definir melhor isso. (Entrevistado 2).*

*O Papel do coordenador neste currículo é fundamental. E esse coordenador não da mais para ser aquele professor que tem doutorado e falou: eu vou ser coordenador. O coordenador nesse currículo tem que conhecer pedagogia, tem que conhecer as metodologias ativas. E eu acho que falta muito isso atualmente, entende? (Entrevistado 2).*

Através da fala que se segue, verifica-se que o próprio projeto carrega mecanismos para guiar o seu rumo e estes parecem não estar sendo utilizados em suas totais possibilidades, mas poderia ser uma via para a correção dos rumos.

*Eu acho que nós temos algumas comissões, que seriam algumas instâncias fundamentais no desenvolvimento do projeto. Uma delas se chama Comissão de Avaliação, essa comissão é prevista, formada por docentes, mas ela não tem clara quais são as suas prioridades. Uns acham que é avaliar o desempenho do projeto, outros acham que é se preocupar com a avaliação dos alunos. Então essa comissão não tem atuado com eficiência e eu acho que o papel dela deveria ser melhorar a nossa metodologia de avaliação dos alunos nos diferentes eixos que ele cursa. Tem outra comissão, que foi recentemente implantada, chamada Núcleo Docente Estruturante. Ela é responsável pelo acompanhamento do projeto pedagógico ao longo do tempo. Para fazer correção de rumo e trazer modificações para aquilo que se mostra ineficiente no projeto. Mas os seus membros não estão sendo sequer convocados. Houve no máximo dois encontros durante o ano letivo e eu acho que isso é uma deficiência entre nós. E tem outra comissão muito importante, a Comissão de Capacitação Docente e Pedagógica contínua, é prevista para*

*os cursos de medicina. A nossa Universidade não tem na sua estrutura organizacional essas comissões nos seus outros cursos, com exceção da medicina. Na última visita que o MEC nos fez isso era levado em conta. Então, ela foi estruturada e organizada oficialmente, mas embora tenham acontecido tentativas, a Universidade não deu condições para que essa comissão desempenhasse sua função.* (Entrevistado 4).

#### **7.4 Considerações sobre o processo da reforma**

A estruturação de uma reforma curricular de qualquer instituição de ensino não é tarefa simples e os desafios aparecem nas mudanças de conceitos que norteiam as reformas e nas questões da prática diária. Neste estudo, é analisada a implantação de um novo modelo de ensino da medicina, baseado em problemas, em um curso de uma Instituição tradicional, a FCMS da PUC-SP, que anteriormente usou outro método de ensino por cinco décadas. Além disso, tratou-se de uma reforma curricular voltada para a formação de um médico mais generalista. No entanto, os docentes do curso, são, em sua maioria, especialistas e, na totalidade, formados pelo método tradicional, ou seja, com formação voltada para o conteúdo e o tratamento das doenças. Isto foi, portanto, um grande desafio para os responsáveis pela reforma, para a comunidade acadêmica e para a Instituição como um todo.

A decisão de mudança deste tipo pode vir de cima para baixo, da cúpula diretora da instituição, ou ao contrário, pode vir da base do grupo, de técnicos ou de especialistas, mas “de qualquer maneira, a responsabilidade de iniciar e dirigir uma mudança cabe à direção, que deve decidir e indicar o caminho a se tomar, o qual deve ser coerente com a visão Institucional” (MOESBY, 2009, p. 49), “deve entrar pela porta da frente, deve ser compromisso do núcleo central do poder, ou seja, a direção” (FEUERWERKER, 2002, p. 19). Neste caso em estudo, a direção da FCMS da PUC-SP tomou para si a responsabilidade de articular as mudanças necessárias e os seus protagonistas foram os docentes que discutiam a necessidade de mudanças nos anos anteriores. Assim, a reforma acontece no momento em que os membros que compõem a direção acreditam na necessidade de se fazer alguma mudança para reativar o entusiasmo dos docentes, ou seja, quando os “mudancistas” (FEUERWERKER, 2002, p. 20) chegam ao poder.

As declarações dos docentes nas entrevistas realizadas confirmam que já havia insatisfação com o modelo de aulas e conteúdos “fechados” para o ensino e grande parte dos docentes via a necessidade de mudar, mas não sabia como efetuar essa mudança. A direção, em sua escolha de modelo de ensino-aprendizagem, parece ter atendido às necessidades dessa

comunidade, em sua maioria. Os dados deste estudo mostraram que as estratégias de ensino escolhidas foram muito bem avaliadas pelos docentes. Isso pôde ser verificado tanto nas respostas às questões fechadas e abertas do questionário, como nas considerações feitas pelos docentes durante as entrevistas.

As diretrizes para graduação da PUC-SP preconizam que o estudante deve participar do seu processo de formação acadêmica não como um objeto, mas como sujeito do processo de ensinar e aprender (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2004). Neste sentido, a metodologia escolhida pela direção tirou o aluno da situação passiva de recebedor de um conteúdo fechado de conhecimento, para a qual ele já se mostrava bem desmotivado, como exposto nas falas iniciais dos docentes entrevistados, e deslocou-o para o centro do processo educativo. Portanto, a metodologia proposta manteve-se coerente com as diretrizes da Instituição.

O confronto entre dados das entrevistas com dados de autores, tendo como foco as metodologias ativas de ensino, apresenta aspectos importantes que merecem destaque. Dentre tais autores, Moesby (2009), com sua experiência como consultor internacional em PBL e pesquisa de campo em planejamentos educativos em vários países, expõe as fases de implantação de um projeto de mudança:

Egon Moesby apresenta com detalhes quatro fases para a implementação de inovações. A primeira, denominada investigação, é composta de uma série de atividades prévias à implantação das mudanças. A segunda fase é a adoção do novo modelo, quando se deve formular visões, definir critérios de êxito e de comunicação dos resultados. A fase de implementação é a terceira etapa, quando devem ocorrer processos de desenvolvimento do pessoal envolvido e avaliação do programa que está sendo implementado. Por fim, a etapa da institucionalização, ou política, quando os alunos, os professores e a organização como um todo estão adaptados às mudanças iniciadas. (Araujo; Sastre, 2009, p. 11).

O autor mostra que falhas podem ser cometidas no processo de reforma curricular e como essas falhas podem influenciar os rumos das mudanças. O quadro abaixo sintetiza seu pensamento.

**Quadro 1 - Matriz de uma organização em processo de mudança**

Perspectiva	Consenso	Habilidades	Incentivos	Recursos	Plano de ação	Mudança
	Consenso	Habilidades	Incentivos	Recursos	Plano de ação	<b>Confusão</b>
Perspectiva		Habilidades	Incentivos	Recursos	Plano de ação	<b>Sabotagem</b>
Perspectiva	Consenso		Incentivos	Recursos	Plano de ação	<b>Ansiedade</b>
Perspectiva	Consenso	Habilidades		Recursos	Plano de ação	<b>Resistência</b>
Perspectiva	Consenso	Habilidades	Incentivos		Plano de ação	<b>Frustração</b>
Perspectiva	Consenso	Habilidades	Incentivos	Recursos		<b>Rotina</b>

Fonte: (MOESBY, 2004 apud MOESBY, 2009, p. 51).

Como pode ser observado no quadro acima, a implementação de um processo de mudança, de inovação, segundo esta matriz, pressupõe, necessariamente, a existência de perspectivas, horizontes de chegada; a existência de consenso; o desenvolvimento de novas habilidades para enfrentamento da nova situação; a existência de incentivos que motivem as pessoas às novas ações; a existência de recursos (instalações, equipamentos, financiamento) e finalmente, plano de ação, plano de atividades que devem ser desenvolvidas. A ausência de qualquer uma destas exigências afeta negativamente as possibilidades de mudança. A falta de perspectivas acarreta confusão entre as pessoas envolvidas no processo; a falta de consenso gera sabotagem; o não desenvolvimento de novas habilidades gera ansiedade nas pessoas ao se confrontarem com o novo; a falta de incentivos estimula o não envolvimento e no limite, a resistência; a falta de recursos, quaisquer que sejam sua natureza, gera frustração; e por fim, a falta de planos de ação estimula o comportamento rotineiro, sem significado para o ator.

Fazendo uso dessa matriz para análise dos dados deste estudo, identifica-se que embora a comunidade acadêmica da FCMS da PUC-SP desejasse a mudança e o modelo de ensino aprendizagem escolhido para efetivar essa mudança tenha sido bem aceito entre os docentes, como mostrado pelos resultados, talvez tenha havido certa aceleração no processo de implementação do projeto. De acordo com o próprio projeto pedagógico, cada etapa seguia um cronograma estabelecido pelo PROMED para liberação das verbas (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 11), que com certeza colaborou muito para que a reforma não ficasse só no papel, mas pode ter imposto um regime de mudanças mais rápidas e profundas que aquelas que o corpo docente fosse capaz de absorver, principalmente na incorporação dos novos conceitos de ensino e aprendizagem que norteiam uma reforma como essa, com tantas mudanças de paradigmas. Assim, supondo-se que os docentes não estivessem completamente habilitados para o seu trabalho diário dentro do novo método, isto pode ter gerado certa ansiedade.

A deficiência no plano de ação pode encaminhar o movimento de mudança para a rotina. Com isso, nas atividades diárias do docente, pode ocorrer um movimento de volta às práticas de ensino anteriores, que já estavam em uso há muito tempo e são de domínio da maior parte destes docentes. Os dados do presente estudo mostram que os docentes da FCMS da PUC-SP estão preocupados com os rumos que o curso de medicina está tomando e inseguros por não estarem fazendo o aproveitamento máximo do método em prática, que consideram bom. Em suas falas observa-se uma preocupação com o retorno a velhas práticas de ensino e com certa acomodação por parte da comunidade acadêmica, além de certo descompasso entre a academia e a mantenedora da Instituição.

Em “Além do discurso de mudança na educação médica” Feuerwerker (2002) discute as questões referentes às dificuldades que os agentes coordenadores das reformas enfrentaram no processo de implementação da ABP no curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Nestas Instituições, a capacitação docente foi uma das principais estratégias utilizadas pelos coordenadores de reforma para convencer os docentes sobre a propriedade do método, tornando-os mais seguros em relação ao seu papel dentro das propostas inovadoras, o que provavelmente colaborou para o sucesso da institucionalização do método. Embora, nestas Instituições, a capacitação inicial dos docentes tenha se baseado na formação de tutores, o processo de capacitação se estendeu para aspectos relativos à dinâmica de grupo, bioética, avaliação, entre outros temas.

No processo de implementação do atual modelo pedagógico no Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP também houve atenção dos seus organizadores com a capacitação do docente para a atividade de tutoria (que eram muito diferentes das práticas diárias anteriores), como descrito no próprio projeto pedagógico (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009, p. 200) e confirmado nos relatos dos entrevistados. Alguns docentes foram conhecer o método da ABP em funcionamento na FAMEMA e todos os docentes que trabalhariam como tutores foram capacitados por um consultor técnico, com ampla experiência na implantação do método, que foi contratado para auxiliar no processo de mudança. Esse movimento inicial parece ter criado um ambiente positivo em relação às propostas de mudança. Entretanto, ainda de acordo com os entrevistados e o projeto pedagógico (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2009), não se encontra um plano claro de ação em relação às mudanças que se seguiram, principalmente em relação à garantia de infraestrutura e equipamentos e em relação à capacitação docente, em determinadas áreas de atividade de ensino, como as sustentações, as habilidades e a avaliação. Essa dificuldade na tomada de decisões pode contribuir para a insegurança com os rumos do curso que paira entre os entrevistados.

Em uma análise criteriosa, um grupo de docentes da Universidade de Maastricht (Holanda), uma pioneira na utilização do método da ABP, avalia, após três décadas de sua implantação, as erosões que o método tem sofrido na prática (MOUST et al., 2005). Entre as práticas sugeridas para reforçar o bom andamento e correções de rumo do método, os autores aconselham ouvir sistematicamente os docentes, estimulando-os a registrar suas experiências na prática diária através de um portfolio de ensino (do docente), criando ambiente de discussão entre seus pares e a direção e gerando processos inovadores que irão reforçar e recriar a prática diária (MOUST et al., 2005).

Entre as dificuldades enfrentadas para o bom funcionamento do curso, que também se apontam para correções do rumo, as mais citadas pelos docentes nas respostas ao questionário foram a deficiência no processo de avaliação do estudante, a falta de comprometimento por parte dos docentes, a deficiência na infraestrutura disponibilizadas para o curso e a falta de capacitação contínua dos docentes. Estas dificuldades não se restringem ao Curso de Medicina da PUC-SP. Elas têm sido relatadas por outras instituições de ensino que estão utilizando a ABP como estratégia de ensino e modelo curricular (ABREU NETO et al., 2006; COSTA, 2007; MORAES; MANZINI, 2006; LAMPERT, 2008).

Segundo Panúncio-Pinto e Troncon, (2014, p. 320):

[...] A construção de sistemas de avaliação não é, porém, tarefa simples, exigindo não só investimentos vultosos em termos de recursos materiais, humanos e de tempo, como também mudança da mentalidade. Esse aspecto, em particular, implica em abrir mão do entendimento da avaliação educacional como instrumento de poder e de controle do comportamento do estudante, para passar a compreendê-la de forma diferente: no plano individual como recurso eficiente de apoio à aprendizagem e no plano coletivo como instrumento de gestão, visando o aperfeiçoamento dos processos educacionais e, em última instância, das próprias instituições.

As dificuldades relativas à avaliação do estudante também não se limitam ao Curso de medicina da PUC-SP, sendo objeto de estudo de muitas outras escolas de ensino médico. No presente estudo, verifica-se nas falas dos docentes entrevistados que as dificuldades referentes ao processo de avaliação dos estudantes podem estar vinculadas à falta de capacitação dos docentes em relação às ferramentas disponíveis e também à demanda de tempo exigida para o bom uso dos instrumentos de avaliação dentro da prática da ABP. Diferente das questões meramente somativas, objetivas, aplicadas a grupos de 25 ou 100 alunos, utilizados no modelo tradicional de ensino, na ABP o grande valor da avaliação está no “feedback” para o aluno, portanto, um trabalho individualizado. Além disso, as avaliações também devem ser condutoras de informações relativas ao curso e à atividade docente e esses valores atribuídos a essa atividade só vão ser alcançados se os instrumentos de avaliação forem usados corretamente, desde a sua construção. Portanto, a reflexão sobre o processo de avaliação do estudante implica em olhar para uma série de elementos necessários para o bom funcionamento do projeto pedagógico em curso na Instituição, não se limitando às técnicas de utilização dos instrumentos de avaliação, as quais, com certeza, beneficiam o andamento do curso, mas não devem ser isoladas. É necessário gerar uma apropriação das razões que levaram às escolhas dos instrumentos e para o que eles se prestam. São os meios, não os fins em si.

As questões referentes à docência no ensino médico têm sido amplamente discutidas e vem aumentando ainda mais com o crescimento do número de instituições que estão usando ABP em seu modelo de ensino médico (COSTA, 2007; LAMPERT, 2003; PEREIRA; FORESTI, 1999). Fóruns nacionais e internacionais de educação médica têm proposto, dentro do Paradigma da Integralidade, que a capacitação docente dê ênfase tanto à competência técnico-científica quanto à didático-pedagógica. Entretanto, uma série de fatores limitam as mudanças das características da atividade docente, entre eles, a desvalorização da atividade de ensino, a falta de profissionalização docente, a desvalorização da formação docente do professor de medicina, a resistência docente à mudança e o individualismo docente (COSTA, 2007, 2010). Estes fatores também devem estar entre aqueles enfrentados pelo Curso de Medicina da PUC-SP.

Neste sentido, a criação de um programa de capacitação continuada dos docentes na FCMS da PUC-SP, talvez, permita a discussão e correção dos fatores citados entre aqueles que dificultam o bom andamento do Curso de Medicina. A aquisição de habilidades e competência deve trazer mais envolvimento dos docentes com as suas atividades diárias, com reflexo positivo sobre a aceitação dos docentes em relação ao modelo em uso (FEUERWERKER, 2002).

A capacitação docente também demanda investimento, das duas partes, ou seja, do docente e da Instituição. Assim, a capacitação e a qualificação formal (mestrado e doutorado) de auxiliares de ensino deveriam estar vinculadas a uma perspectiva de promoção dentro da Instituição. Provavelmente o número de docentes que hoje se encontra formalmente na carreira universitária da FCMS da PUC-SP não seja suficiente para manter um curso de medicina com 100 alunos ao ano e grande parte das atividades esteja sendo realizada por auxiliares de ensino que provavelmente tenham muitas outras atividades, além daquelas realizadas na FCMS da PUC-SP, para garantir os seus proventos. Os dados no CINAEM mostraram esse panorama nas escolas médicas do Brasil e também mostraram que a “formação docente em termos de pós-graduação estrito senso e o regime de 40 horas e de dedicação exclusiva estiveram associados a um melhor desempenho do docente e este a um melhor crescimento cognitivo dos alunos” (PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 1998). Questões referentes à remuneração e carreira docente praticamente não apareceram nas falas espontâneas dos docentes. Nas entrevistas essa questão foi colocada por um docente, como exemplo de descompasso entre a mantenedora e a administração acadêmica, e nas perguntas abertas do questionário apenas dois docentes colocaram esse assunto entre aqueles que

dificultam o bom andamento do currículo, dificultando a discussão sobre esse tema, neste estudo.

A reforma curricular implantada na FCMS da PUC-SP em 2006 trouxe uma mudança positiva na postura do docente frente às suas atividades de ensino, verificadas nas respostas ao questionário. Uma porcentagem importante dos docentes se disse motivada para o trabalho, disposição esta reforçada pela fala dos professores durante as entrevistas. Além disso, eles se mostraram favoráveis a uma série de mudanças desencadeadas pela reforma. Dentre elas, chama à atenção a importância dada à inserção do aluno em atividades na atenção primária desde o início do curso. Também foi ressaltada a influência positiva que a divisão dos discentes em pequenos grupos tem para a aprendizagem, para a interação professor/aluno e para a atividade do professor. Cabe lembrar que estas mudanças estão entre aquelas que aumentaram o trabalho do docente, como referido nas entrevistas, mas mesmo assim eles as consideram positivas. Reforça aqui a fala do docente considerando que, embora dê mais trabalho ao docente, o currículo atual proporciona uma compensação de satisfação com os resultados obtidos em relação ao aluno e à sua própria formação. Portanto, ainda que em alguns momentos os professores se digam desmotivados, eles se mostram preocupados com o futuro do curso, fazem uma série de críticas e indicam possíveis correções de rumo para além da sua prática diária. Esse fato merece ser valorizado e explorado pela direção do curso, pela Instituição e por sua mantenedora.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de mudança curricular na FCMS da PUC-SP tornou-se possível em decorrência da conjunção dos fatores externos e internos à Instituição, envolvendo avaliações que reiteravam a sua necessidade. Numa tentativa de se estabelecer uma lógica, pode-se considerar que a comunidade acadêmica, insatisfeita com o curso que estavam oferecendo, sentindo a necessidade de fazer mudanças na sua forma de trabalhar o conhecimento, organizou-se para iniciar esse processo de mudança. Neste contexto, a sua inclusão dentro das escolas médicas contempladas com os recursos do PROMED foi muito importante para a viabilização da reforma, que dificilmente poderia acontecer sem aporte financeiro. Optou-se por um modelo curricular adequado aos princípios da Instituição, que incorporou as orientações das diretrizes curriculares e com compromisso de dar ao médico formação para atender ao sistema de saúde do país.

Na visão do docente, a reforma conseguiu deslocar o estudante para o centro processo de ensino/aprendizagem, mudando o seu papel neste contexto.

Em relação aos impactos desta reforma sobre o trabalho docente, de maneira geral, os docentes estão motivados para o trabalho, satisfeitos com o curso oferecido pela Instituição e satisfeitos com o modelo pedagógico escolhido, principalmente no que se refere à divisão do total de alunos em pequenos grupos para a realização das atividades diárias e a inserção dos alunos em atividades de PAS desde o primeiro ano do curso. Entretanto, fazem ressalvas à infraestrutura e à maneira como a avaliação do aluno tem sido feita.

A necessidade de um programa de capacitação continua do docente foi colocado como um fator importante a ser observado pela Instituição para o bom andamento do curso.

Passados dez anos da implementação da reforma curricular, deve-se considerar a necessidade de planos de ação claros, para que os rumos possam ser retomados e os objetivos de qualidade de ensino possam ser atingidos.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSON, S. Time to return medical schools to their primary purpose: education. **Acad. Med.**, v.71, n.3, p. 343-7, Apr. 1996
- ABREU NETO, I. P. et al. Percepção dos professores sobre o novo currículo de graduação da Faculdade de Medicina da UFG implantado em 2003. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 154-160, dez. 2006.
- ANJOS, R. M. P. et al. "Vivendo o SUS": uma experiência prática no cenário da atenção básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 172-183, mar. 2010.
- ARAUJO, U. F.; SATRI, G. **Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior**. São Paulo: Summus, 2008.
- BARROWS, H. Practice-based learning: problem-based learning applied to medical education. **Southern Illinois University School of Medicine**, 1994.
- BAUM, K D; AXTELL, S. Trends in North American medical education. **Keio J Med**, v. 54, n. 1, p. 22-8, Mar 2005.
- BECK, A. H. The Flexner report and the standardization of American medical education. **JAMA**, v. 5, n. 291, p. 2139-40, May 2004.
- BENCHIMOL, J. L. et al. Adolpho Lutz e a história da medicina tropical no Brasil. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 287-298, abr. 2003.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, Londrina, v.2, n.2, p.139-154, 1998.
- BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto, 1991.
- BOYNTON, P. M. Administering, analysing, and reporting your questionnaire. **BMJ**, v. 5, n. 328, p. 1372-5, 2004. **Erratum in BMJ**, v. 7, n. 329, p. 323, 2004>. Acesso em: 10 jan 2016.
- BOYNTON, P. M. GREENHAL, T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. **BMJ**, v. 29, n. 328, p.1312-5, 2004.
- BRASIL. Constituição (1824). **Constituição Política do Imperio do Brazil**. Rio de Janeiro, RJ: Imperador D. Pedro I, 1824. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- BRASIL. Constituição (1834). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Assembleia Nacional Constituinte, 1934. Disponível em: <[http://www2.esporte.gov.br/cedime/legislacao/constituicao/1934\\_NormasJuridicas\(TextoIntegral\)\\_CO F\\_001934\\_16\\_07\\_1934.jsp](http://www2.esporte.gov.br/cedime/legislacao/constituicao/1934_NormasJuridicas(TextoIntegral)_CO F_001934_16_07_1934.jsp)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Constituição (1846). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Assembleia Constituinte, 1946. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao46.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. **Lei nº 4.024, de 20 de Dezembro de 1961**. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, 27 Dez.1961. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/navegue/1961/Dezembro/20/DOU>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. **Lei nº8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº4, de 07 de Setembro de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União, 09 de novembro de 2001. Seção 1. P. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. **Portaria interministerial nº. 610, de 26 de março de 2002**. Projeto de incentivo a mudanças Curriculares em cursos de medicina Ministério da Saúde/Ministério da Educação. PROMED: Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/MS\\_MEC\\_Pinterministerial610\\_02\\_informes.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/MS_MEC_Pinterministerial610_02_informes.doc)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Departamento de Política de Ensino Superior. **Avaliação das condições de oferta dos cursos de medicina**: 1999. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CALDERÓN, A. I. Universidades mercantis: a institucionalização do mercado universitário em questão. **São Paulo Perspectiva**, v. 14, n. 1, p. 61-72, mar. 2000.

CAPPELLETTI, I. F. Avaliação de Currículo: Limites e Possibilidades. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Avaliação de Políticas e Práticas Educacionais**. São Paulo: Articulação Universidade/Escola, 2002, p. 13-37.

COLLIVER, J. A. Effectiveness of problem-based learning curricula: research and theory. **Acad Med.**, v. 75, n.3, p. 259-66, Mar. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **MEC muda regra para abrir escolas.** Brasília, n. 217, p. 4, fev. 2013a.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Dados traçam retrato da desigualdade.** Brasília, n. 217, p. 6-7, fev. 2013b.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (Brasil). **Relatório dos testes cognitivo inicial e final e resultado geral das escolas, 1997).**

COOKE, M. et al. American medical education 100 years after the Flexner report. **N Engl J Med.**, v. 28, n. 355, p. 1339-44, Sep. 2006.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, abr. 2007.

\_\_\_\_\_. Formação pedagógica de professores de medicina Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.18, n.1, fev. 2010.

CRUSE, J M. History of medicine: the metamorphosis of scientific medicine in the ever-present past. **Am J Med Sci.**, v. 318, n. 3, p. 171-80, Sep. 1999.

CUNHA, L. A. **A universidade temporã: o ensino superior, da Colônia à Era Vargas.** 3. ed. São Paulo: UNESP, 2007a.

CUNHA, L. A. **A universidade crítica: o ensino superior na republica populista.** 3. ed. São Paulo: UNESP, 2007b.

CUNHA, L. A. **A universidade reformada: o golpe de 1964 e a modernização do ensino superior.** 3. ed. São Paulo: UNESP, 2007c.

DWYER, E. E. **Attitude scale construction: a review of the literature.** U.S. Department of Education (Educational Resource Information Center). 1993, 48 páginas. Disponível em: <<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED359201.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

FAGUNDES L.C., SATO L. S., MAÇADA D. L. **Aprendizes do Futuro: as inovações começaram!** Coleção Informática para a mudança na Educação. Organização USP. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me003153.pdf>> Acesso em 23 dez 2015

FARIA, L. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 561-590, dez. 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.23, p. 21-6, maio/dez. 1999.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec, 2002.

FLEXNER, A. Medical Education in The United States and Canada: from the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. **Bulletin Number Four**, New York: The Carnegie Foundation, 1910. Disponível em:

<[http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Report.pdf](http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

GALLO, E. et al. Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 4, p. 414-9, dez. 1988.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C.S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 79-108.

GOMES, R. et al . Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 433-440, set. 2009.

KAUFMAN, D. M., MANN, K. V. Comparing students' attitudes in problem-based and conventional curricula. **Acad Med.**, v.71, n.10, p.1096-9, Oct. 1996.

KAUFMAN, D. M., MANN, K. V. Basic sciences in problem-based learning and conventional curricula: students' attitudes. **Med Educ.**, v. 31, n.3, p.177-180, May 1997.

KAUFMAN, D. M., MANN, K. V. Comparing achievement on the Medical Council of Canada Qualifying Examination Part I of students in conventional and problem-based learning curricula. **Acad Med.**, v. 73, n. 11, p.1211-3, Nov. 1998.

KOH, G. C-H et al. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: A systematic review. **CMAJ**, v. 178, n. 1, p.34 -4 1, Jan. 2008.

LAMPERT J. B. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma Flexneriano deixou de lado. Cad. ABEM [Internet], set/out. 2003. Disponível em <[http://www.escoladegoverno.org.br/attachments/3755\\_flexneriano.pdf](http://www.escoladegoverno.org.br/attachments/3755_flexneriano.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2016

LAMPERT J. B. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. **Cadernos ABEM**, v.2, p.81-88, jun. 2006.

LAMPERT J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia.** Bahia, v. 78, n.1, p. 31-37, 2008.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo.** Brasília: Liber Livro, 2010.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUNA, S. V. A revisão de literatura como parte integrante do processo de formulação do problema. In **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 1996.

LUZ, M. T. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" - Anos 80. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MARKHAM, T.; LARMER, J; RAVITZ, J. **Aprendizagem baseada em projetos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MARINHO, M. G. S. M. A Fundação Rockefeller e instituições de ensino e pesquisa em São Paulo. Procedimentos, práticas e personagens no campo biomédico: uma análise preliminar (1916-1952). **Horizontes**, v. 22, p. 151-8, dez. 2004.

MARSIGLIA, R. G. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MARTINS, C. B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, abr. 2009.

MILLAN, L. P. B. et al. Traditional learning and problem-based learning: self-perception of preparedness for internship. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 594-599, out. 2012.

MINAYO, M. C.S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOESBY, E. Perspectiva geral da introdução e implementação de um novo modelo educacional focado na aprendizagem baseada em projetos e problemas. In: ARAUJO U. F.; SATRI, G. (Orgs.) **Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior**. São Paulo: Summus, 2009, 43-78.

MORAES, S. G. **Desenvolvimento e avaliação de uma metodologia para o ensino de embriologia humana**. 20 de janeiro de 2006. Tese (Doutorado em Biologia Celular e Estrutural, área de Histologia). UNICAMP, Instituto de Biologia, Campinas, SP.

MORAES, M. A. A.; MANZINI, E. J. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 125-135, dez. 2006.

MOROZ, M.; GIANFALDONI, M. H. T.A. **Processo de pesquisa: iniciação**. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2006.

MOUST, J. H. C. et al. Signs of erosion: reflections on three decades of problem-based learning at Maastricht University. **Higher Education**, v. 50, p. 665-83, 2005.

NOUNS, Z. et al. Development of knowledge in basic sciences: a comparison of two medical curricula. **Med Educ.**, v.46, n.12, p.1206-14, Dec. 2012.

PANÚNCIO-PINTO, M. P.; TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante – aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 314-23, 2014.

PAULA, M. F. A formação universitária no Brasil: concepções e influências. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 14, n. 1, p. 71-84, mar. 2009.

PAVAN, M., SENGER, M., MARQUES, W. Educação médica em foco. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 15, n. 2, p. 39-43, 2013.

PEREIRA, M. L. T.; FORESTI, M. C. P. P. O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 163-167, ago. 1999.

PICCINI, R. X; FACCHINI, L. A; SANTOS, R. C. **Transformando a educação médica brasileira: Projeto CINAEM: III Fase**. 1998.

POLIMENO, M. C.A. M. **Construindo o currículo no cotidiano de um curso de graduação em medicina**. Tese de doutorado (Educação: currículo) - Faculdade de Educação, PUC-SP, São Paulo, SP, 2010.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Centro de Ciências Médicas e Biológicas. **Projeto PIDA**: ingresso na segunda etapa do programa de apoio à Educação Superior “Nova Universidade”, 1986.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Departamento de Medicina. **Planejamento acadêmico trienal: 2ª fase**, 1997.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Centro de Ciências Médicas e Biológicas. **Relatório sobre o desempenho cognitivo inicial e final**: prova do CINAEM, 1998

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Centro de Ciências Médicas e Biológicas. **Avaliação do Curso de Medicina**, 1999.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Centro de Ciências Médicas e Biológicas. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. **Ampliação do internato do curso de medicina**, 2001a.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Centro Acadêmico Vital Brasil. **Abaixo assinado**: interesse pela mudança da carga horária do internato, 2001b.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. **Deliberação N. 11/2004**. Projeto Pedagógico Institucional – PPI Diretrizes para a Graduação, 2004.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. **Proposta de alteração do projeto pedagógico do**: Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde *Campus Sorocaba*, 2009.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. **Linha do Tempo**. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/linha-do-tempo>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Sobre a Universidade. História tradição na educação. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/universidade/sobre-a-universidade>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Unifesp, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

RINGSTED, C. et al. 'The research compass': an introduction to research in medical education: AMEE Guide no. 56. **Med Teach**. v. 33, n. 9, p. 695-70, 2011.

RUTKOW, I. M. Medical education in early 19th century America. **Arch Surg.**, v. 134, n. 4, p. 453, Apr. 1999.

SALEM, T. Do Centro Dom. Vital à Universidade Católica. In SCHWARTZMAN, S. (org.). **Universidades e Instituições Científicas no Rio de Janeiro**. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico (CNPq), 1982.

SANTOS, S. R. O aprendizado baseado em problemas (Problem-based learning – PBL). **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 121-4, dez. 1994.

SCHAUBER, S. K et al. The role of environmental and individual characteristics in the development of student achievement: a comparison between a traditional and a problem-based-learning curriculum. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, v. 20, n. 4, p. 1033-52, 2015.

SELLTIZ, C. Escolha e formulação de um problema de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. et al. **Métodos da Pesquisa em Relações Sociais**. São Paulo: E.P.U., 1975, 37-42.

SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 55, p. 44-47, 2003.

SIMÕES, J. D. **Pedagogia de projetos**. 2007. Disponível em: <<http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Artigos%20Diversos/simoes-pedagogia.pdf>>. Acesso em 23 dez 2015

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. S. Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, v. 39, n. 1, p. 60-67, mar. 2015.

UGA, M. A. et al . Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. The Edinburgh declaration. **Lancet**, n. 8068, p. 464, 1988.

## APÊNDICE A

### Carta de encaminhamento e aprovação do projeto de pesquisa pela FCMS da PUC-SP

Sorocaba, 23 de julho de 2012.

Caro Professor José Eduardo Martinez

Como conversamos anteriormente estou enviando para sua apreciação e autorização o meu projeto de pesquisa de doutorado intitulado "A REFORMA CURRICULAR NO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE – PUC-SP (CAMPUS SOROCABA): SEUS DETERMINANTES INTERNOS E EXTERNOS E SEU IMPACTO SOBRE O TRABALHO DOCENTE". Trata do projeto de doutorado a ser realizado no Programa de Pós-Graduação em Educação da UNISO. Lembro ainda que a Profa. Maria Helena Senger, do Departamento de Medicina da FCMS da PUC/SP, será co-orientadora do projeto e a sua participação já foi aprovada pelo colegiado do programa de pós graduação em educação da UNISO.

O estudo pretende avaliar os determinantes externos e internos da reforma curricular do Curso de Medicina e o impacto que a reforma teve sobre a atividade docente dos profissionais envolvidos no curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP - campus Sorocaba.

Desde já agradeço vossa atenção e espero que o projeto possa contribuir para a consolidação da reforma curricular na FCMS da PUC/SP e que possa servir de referência para outros cursos que pretendam passar pelo mesmo processo.

Atenciosamente,

*Maria Valéria Pavan*  
 Maria Valéria Pavan

*Nossa prioridade é altamente favorável ao desenvolvimento do estudo proposto.*

*Ronaldinho*  
 Prof. Dr. Ronaldo D'Ávila  
 Coordenador do Curso de Medicina  
 FCMS - PUCSP

*Ao Coordenador do  
 Curso de Medicina,*

*Abraço meu por ser de  
 viabilidade ao trabalho  
 deste projeto. Observo que  
 em vez de problemas, são  
 atributos para o sucesso em  
 UNISO*

*23/7/12*  
 Prof. Dr. José Eduardo Martinez  
 Diretor da Faculdade de Ciências  
 Médicas e da Saúde - PUC/SP



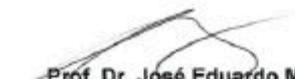
Fundação São Paulo  
**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

FCMS  
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde  
PUC/SP – CAMPUS SOROCABA  
Rua Joubert Wey, 290 CEP: 13030-070 – Sorocaba/SP  
Fone: (015) 3212-9879 – FAX (15) 3212-9877

### AUTORIZAÇÃO

Considerando-se os pareceres favoráveis do Coordenador do Curso de Medicina e da Comissão de Avaliação e da Pós-Graduação autorizo a realização desse projeto.

Sorocaba, 29 de setembro de 2012



**Prof. Dr. José Eduardo Martinez**  
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas  
e da Saúde-PUC/SP

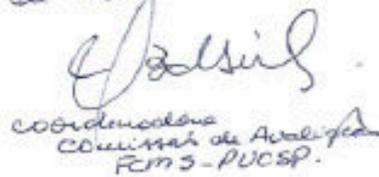
- Envio a presente documentação  
TI e conhecimento da prof<sup>a</sup>
- Vera D'Avila da Comissão de  
Avaliação



Prof. Dr. Ronaldo D'Avila  
Coordenador do Curso de Medicina  
FCMS - PUCSP

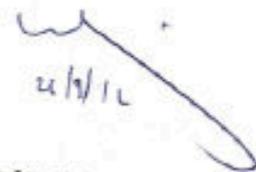
Este estudo vem somar  
informações fundamentais  
para a avaliação do  
novo currículo, sob a  
óptica docente.

A proposta encontra-se  
muito bem fundamentada,  
e os membros do Conselho  
de Avaliação estão à  
disposição para compor  
o grupo de estudos.



Coordenadora  
Comissão de Avaliação  
FCMS - PUCSP.

A proposta apresentada  
pela pós-graduada M.  
Valéria Pavan suscita fun-  
damental para que o  
processo de reforma  
curricular não seja  
apenas, o que se  
reverte de elevado  
interesse Institucional.



21/11

Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto  
Vice-Coordenador do Programa de Estudos  
Pós-Graduados  
Educação nas Profissões da Saúde  
Mestrado Profissional  
FCMS / PUC-SP

## APÊNDICE B

### Questionário Semiestruturado

#### **A Reforma Curricular do Curso de Medicina da FCMS- PUC-SP em 2006: Impacto sobre o Trabalho Docente.**

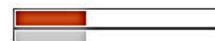
A sua participação respondendo este questionário é muito importante. Este questionário foi construído como parte de uma tese de doutorado e tem como objetivo avaliar o impacto da reforma curricular, implantada em 2006, no Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP, sobre o trabalho docente. Este projeto é totalmente independente e não tem vínculo com outras avaliações que possam ser realizadas pela Instituição na qual você trabalha. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISO e pelos gestores da FCMS-PUC/SP. Lembro também que a sua identidade será totalmente preservada.

\*Obrigatório

Ao assinalar "sim", voce estará aceitando responder este questionário. Você aceita responder este questionário ? \*

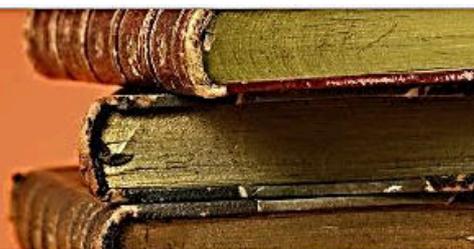
- Sim  
 Não

[Continuar »](#)



33% concluído

## A Reforma Curricular do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP em 2006: Impacto sobre o Trabalho Docente.



\*Obrigatório

Considerando a estrutura atual do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP, em sua opinião, quão adequadas estão as instalações físicas e os equipamentos disponibilizados para o curso? \*

	Muito inadequados(as)	Inadequados(as)	Nem adequados(as)/nem inadequados(as)	Adequados(as)	Muito adequados(as)
As instalações físicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os equipamentos disponibilizados para o curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Considerando o currículo atual, qual sua opinião sobre a qualidade do curso e a qualidade do médico formado pelo Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP? \*

	Muito ruim	Ruim	Nem bom/nem ruim	Bom	Muito bom
A qualidade do curso	<input type="radio"/>				
A qualidade do médico formado	<input type="radio"/>				

Considerando os métodos de ensino/aprendizagem utilizados atualmente no Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP, quão motivado você se sente em relação às suas atividades como professor desta Instituição? \*

- Muito desmotivado  
 Desmotivado  
 Nem motivado/nem desmotivado  
 Motivado  
 Muito motivado

No currículo atual do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP o estudante está inserido desde o primeiro ano em atividades na atenção primária (atividades realizadas nas unidades básicas de saúde, envolvimento com a comunidade, participação em projetos de intervenção). Em sua opinião, quanto esta inserção na atenção primária é importante para a formação do futuro médico? \*

- Nada importante  
 Pouco importante  
 Nem sem importância/Nem importante  
 Importante  
 Muito importante

No currículo atual do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP, em grande parte das atividades de aprendizagem, os alunos estão organizados em pequenos grupos. Em sua opinião, qual o efeito desta organização sobre: \*

	Muito negativo	Negativo	Nem negativo/Nem positivo	Positivo	Muito positivo
A aprendizagem do estudante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A interação professor/aluno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suas atividades como professor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quão satisfeito você está com o Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP? \*

- Muito insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito/nem insatisfeito  
 Satisfeito  
 Muito satisfeito

Em sua opinião, qual o fator mais importante que vem dificultando o bom andamento do currículo atual do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP? \*

Indique apenas um fator

Em sua opinião, qual o fator mais importante que vem favorecendo o bom andamento do currículo atual do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP? \*

Indique apenas um fator

As suas atividades docentes são realizadas em que ano do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP? \*

Obs: você pode assinalar mais de uma opção

- Primeiro ano  
 Segundo ano  
 Terceiro ano  
 Quarto ano  
 Quinto ano  
 Sexto ano

Você já ouviu falar em Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) ou "Problem Based Learning (PBL)"? \*

- Sim  
 Não

Voce iniciou suas atividades como docente do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP antes de 2006 (ano de implantação da reforma curricular)? \*

- Sim  
 Não

« Voltar Continuar »



66% concluído

## A Reforma Curricular do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP em 2006: Impacto sobre o Trabalho Docente.



\*Obrigatório

Esta parte do questionário é destinada aos docentes que iniciaram suas atividades no Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP antes de 2006 e com isso podem dar sua opinião sobre as mudanças desencadeadas pela reforma curricular iniciada em 2006.

Considerando a estrutura atual do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP, em sua opinião, quanto a reforma curricular mudou para melhor ou para pior: \*

	Piorou muito	Piorou	Nem piorou/Nem melhorou	Melhorou	Melhorou muito
As instalações físicas da FCMS-PUC-SP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os equipamentos disponíveis para o curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho do docente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade do curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com a reforma curricular houve mudança nas estratégias de ensino ( do modelo tradicional para as metodologias ativas) utilizadas no Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP. Em sua opinião, quanto essa mudança interferiu no seu trabalho como professor e na qualidade do médico formado por esta Instituição de Ensino? \*

	Piorou muito	Piorou	Nem piorou/Nem melhorou	Melhorou	Melhorou muito
O seu trabalho como professor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade do médico formado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com a reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP houve mudança no formato curso, que era organizado em disciplinas básicas e clínicas e internato para um modelo interdisciplinar, com eixos temáticos, em módulos. Em sua opinião, quanto essa mudança interferiu no seu trabalho como professor e na qualidade do médico formado por esta Instituição de Ensino? \*

	Piorou muito	Piorou	Nem piorou/Nem melhorou	Melhorou	Melhorou muito
O seu trabalho como professor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade do médico formado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com a reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP houve mudança no formato curso, que era organizado em disciplinas básicas e clínicas e internato para um modelo interdisciplinar, com eixos temáticos, em módulos. Em sua opinião, quanto essa mudança interferiu no seu trabalho como professor e na qualidade do médico formado por esta Instituição de Ensino? \*

	Piorou muito	Piorou	Nem piorou/Nem melhorou	Melhorou	Melhorou muito
O seu trabalho como professor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade do médico formado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Em consequência da reforma curricular o internato foi estendido para os dois últimos anos do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP. Em sua opinião, quanto essa mudança interferiu no seu trabalho como professor e na qualidade do médico formado por esta Instituição de Ensino? \*

	Piorou muito	Piorou	Nem piorou/Nem melhorou	Melhorou	Melhorou muito
O seu trabalho como professor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade do médico formado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quanto você gostou das mudanças nas atividades de ensino desencadeadas pela reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS-PUC-SP? \*

- Gostei muito  
 Gostei  
 Nem gostei /nem desgostei  
 Desgostei  
 Desgostei muito

Quais suas considerações sobre a reforma curricular em prática desde 2006? \*

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

100% concluído

Powered by  


Este formulário foi criado em [Globe.com](#).  
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

## APÊNDICE C

### Carta Convite – Professores

Prezado (a) professor(a)

De acordo com a nossa conversa prévia, eu, Maria Valéria Pavan, aluna do Doutorado em Educação na UNISO (Universidade de Sorocaba) venho, por meio desta, convidá-lo (a) a participar como sujeito da pesquisa que estou desenvolvendo para elaboração da minha tese. A escolha do seu nome deve-se a sua participação ativa como docente na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC-SP, sendo, portanto, fonte viva de informação do processo. A sua participação se fará através de suas respostas a um questionário com 12 a 18 perguntas, que tomarão 10 a 15 minutos do seu tempo. Em nenhum momento sua identidade será revelada, garantindo assim o anonimato das informações.

Anexei a esta mensagem o termo de consentimento livre esclarecido para que possamos esclarecer as suas dúvidas oportunamente.

Desde já agradeço a sua atenção,

Maria Valéria Pavan

[mvpavan@globocom](mailto:mvpavan@globocom)

## APÊNDICE D

### Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A Reforma Curricular do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba – PUC-SP (FCMS da PUC-SP): Seus Determinantes Internos e Externos e seu Impacto sobre o Trabalho Docente”. A motivação para esta pesquisa é a importância que envolve a implantação de um novo currículo no Curso de Medicina em uma faculdade como a da PUC/SP (campus Sorocaba) e a possibilidade de ampliar a discussão sobre sua efetividade. Os objetivos deste estudo são identificar e analisar os principais determinantes internos e externos da reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP, campus Sorocaba, e avaliar o impacto da reforma curricular sobre o trabalho docente após sua implantação. O projeto utiliza-se de entrevistas e questionários como metodologia de pesquisa. As entrevistas serão gravadas. Você será esclarecido (a) sobre qualquer aspecto do estudo que desejar. O anonimato será mantido, de maneira a garantir que sua identidade não seja revelada. Nenhum material que identifique sua participação será liberado sem sua autorização. Ao final do estudo os pesquisadores se comprometem a lhe comunicar os resultados.

Você não terá qualquer despesa por participar do estudo, exceto o tempo da entrevista. Além disso, a sua participação é voluntária. Você é livre para recusar-se a participar ou interromper sua participação em qualquer momento, sem prejuízos. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Dra. Maria Valéria Pavan, que pode atendê-lo (a) no telefone (celular) 15-996944306 ou e-mail [mvpavan@globocom.com](mailto:mvpavan@globocom.com). Trata-se de seu projeto de tese de doutorado em educação em andamento na Universidade de Sorocaba, já aprovado em todos os níveis pelos órgãos acadêmicos da FCMS da PUC-SP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Sorocaba aprovou este estudo e caso necessite outros esclarecimentos ou tenha algo a comunicar ao comitê, o telefone é (15) 2101-7101.

Este termo será aplicado em duas vias. Uma delas será arquivada por mim, e a outra via será fornecida a você.

Por estar de acordo com os termos deste documento assino-o, em duas vias, uma das quais ficará em minha posse.

Nome (letra de forma): \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

Pesquisador (Maria Valéria Pavan) ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO A

### Relatório da 1ª Reunião do Colegiado da UNISO

**DATA: 18/04/2012**

**LOCAL: PRÉDIO DA REITORIA**

#### PAUTA DA REUNIÃO

\* A abertura foi feita pelo prof. Dr. Wilson Sandano que me deu boas-vindas como representante dos alunos do mestrado/doutorado das turmas de 2012;

\* Foram confirmados os respectivos orientadores dos alunos do mestrado e doutorado: Marcelia (prof. Dra. Jane de Almeida), Assislene e Nivaldo (prof. Dra. Vânia Boschetti) e Delvio (prof. Dr. Wilson Sandano);

\* No dia 25/04/2012 teve banca de qualificação na Pós-Graduação;

\* Esta disponível BOLSA DE ESTUDO para alunos (as) do Mestrado, regulares. Procurar a Secretaria de Pós Graduação Stricto Sensu para maiores informações;

\* Quanto a pedidos de aproveitamento de estudo (disciplinas): Mestrado – só pode solicitar até 3 disciplinas e o doutorado, duas (2);

\* O EXAME DE PROFICIÊNCIA será no dia 13/06. Alunos pendentes deverão procurar a Secretaria de Pós Graduação Stricto Sensu.

\* Será pago um valor em torno de R\$ 300,00 para professores convidados que não pertençam ao quadro docente da UNISO e que irão participar de bancas de defesa. O aluno (a) e o respectivo orientador (a) devem repassar os nomes dos professores convidados com antecedência de 15 dias para a Daniela na secretaria da pós-graduação;

\* II CEPED será realizado no período de 04 a 06 de junho – Organizadores do evento: prof. Dr. Luis Fernando e prof. Dra. Vânia Boschetti;

\* Em caso de dúvidas quanto às normas preconizadas pela ABNT para trabalhos acadêmicos e científicos, devem procurar a bibliotecária da UNISO, para e informações e esclarecimentos;

\* Caso a aluno (a) desenvolva pesquisa que envolva seres humanos – devem passar pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISO, inclusive as entrevistas. Devendo primeiramente o aluno (a) fazer seu cadastro na PLATAFORMA BRASIL (CNPq). Será solicitado o registro geral (RG) do pesquisador e o projeto no formato da Plataforma. Inclusive é solicitado um documento de autorização do reitor, que deve ser digitalizado e enviado.

\* Pela primeira vez a pós-graduação da UNISO aprovou um pedido de co-orientação de aluno do doutorado (Aluna: Valeria), orientanda do prof. Dr. Waldemar.

\* Essas foram às questões debatidas e aprovadas na reunião, e estou à disposição para qualquer esclarecimento.

Abraços a todos!

Sorocaba, 22 de abril de 2012.

Assislene Mota

## ANEXO B

## Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE DE  
SOROCABA - UNISO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A Reforma Curricular no Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP (Campus Sorocaba): Seus Determinantes Internos e Externos e Seu Impacto Sobre o Trabalho Docente

**Pesquisador:** Maria Valéria Pavan

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20027213.8.0000.5500

**Instituição Proponente:** Universidade de Sorocaba - UNISO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 358.142

**Data da Relatoria:** 08/08/2013

**Apresentação do Projeto:**

**Introdução:** A mudança no currículo de um curso que integra uma instituição de ensino superior como a PUC-SP não ocorre de maneira imposta, mas é uma resposta a uma série de acontecimentos externos e internos à Instituição. **Métodos:** Trata-se de um trabalho conjunto entre o Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba (UNISO) e a FCMS-PUC-SP, procurando identificar possíveis determinantes externos e internos da reforma curricular. Na primeira fase, utilizará a pesquisa bibliográfica e a análise documental disponível na FCMS-PUC-SP, buscando entender e contextualizar temporalmente os movimentos sociais, institucionais e as intenções de órgãos governamentais da educação e da saúde em promover mudanças curriculares nos cursos de medicina no Brasil, buscando adequar o perfil do médico formado às necessidades da população e do SUS. A partir destes dados, através de questionário aplicado a todos os docentes que quiserem participar pretendemos e de entrevista aberta com os docentes artífices da reforma, pretende-se confirmar a influência destes fatores como determinantes da reforma, a percepção dos agentes da reforma em relação a estes fatores e o impacto da reforma sobre o trabalho docente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos deste estudo são identificar e analisar os principais determinantes internos e externos

Endereço: Rodovia Raposo Tavares, km 92,5  
Bairro: Vila Artura CEP: 18.023-000  
UF: SP Município: SOROCABA  
Telefone: (15)2101-7101 Fax: (15)2101-7073 E-mail: cep@uniso.br

UNIVERSIDADE DE  
SOROCABA - UNISO



Continuação do Parecer: 358.142

da reforma curricular do Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP, campus Sorocaba, e avaliar o impacto da reforma curricular sobre o trabalho docente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa não oferece qualquer risco aos participantes

Acreditamos que o entendimento dos fatores determinantes da reforma curricular ocorrida na FCMS de Sorocaba e o conhecimento do impacto desta reforma sobre o trabalho docente trarão informações importantes para a própria instituição no ajuste e manutenção do currículo do Curso de Medicina e será fonte de referência para outras instituições de ensino superior que tenham interesse em operar reformas curriculares no futuro ou avaliar a reforma em andamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Consideramos a pesquisa válida.

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

Todos os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

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

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

Endereço: Rodovia Raposo Tavares, km 92,5  
 Bairro: Vila Artura CEP: 18.023-000  
 UF: SP Município: SOROCABA  
 Telefone: (15)2101-7101 Fax: (15)2101-7073 E-mail: cep@uniso.br

Página 02 de 03

UNIVERSIDADE DE  
SOROCABA - UNISO



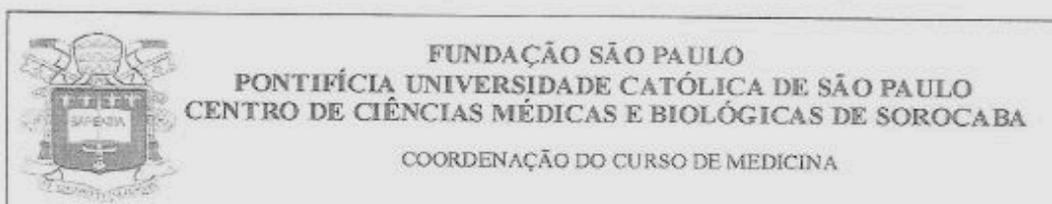
Continuação do Parecer: 358.142

SOROCABA, 13 de Agosto de 2013

Assinador por:  
Lilian de Fatima Zanoni Nogueira  
(Coordenador)

## ANEXO C

## Grade Curricular Curso de Medicina da FCMS da PUC-SP em 2004

Grade Curricular  
Curso de Medicina 2004

## Primeiro e Segundo Períodos

Disciplinas	Número de Aulas Semanais Teórica / Prática		Carga Horária Total do Semestre / Ano
	1º Semestre	2º Semestre	
Anatomia I	10	10	300
Bioestatística	2	2	60
Biologia *	4	6	150
Bioquímica	8	6	210
Histologia	10	10	300
Medicina Social I	2	-	30
<b>Sub-Total em Horas</b>			<b>1050</b>

\*Biologia (Citologia, Genética, Embriologia e Evolução.)  
Semestre de 15 semanas

## Terceiro e Quarto Períodos

Disciplinas	Número de Aulas Semanais Teórica / Prática		Carga Horária Total do Semestre / Ano
	1º Semestre	2º Semestre	
Anatomia II	8	-	120
Antropologia	4	-	60
Fisiologia	14	12	390
Introd. Pens. Teológico	2	4	90
Parasitologia*	8	8	120
Microbiologia*	8	8	120
Psicologia	4	4	120
Biofísica	-	2	30
Enfermagem	-	2	30
Medicina Social II	-	4	60
Metod. de Pesq. Científica	-	4	60
<b>Sub-Total em Horas</b>			<b>1200</b>

\* O aluno deverá cursar a Disciplina de Microbiologia no primeiro ou no segundo semestre, o mesmo ocorrendo para a Disciplina de Parasitologia.

Semestre de 15 semanas



FUNDAÇÃO SÃO PAULO  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E BIOLÓGICAS DE SOROCABA

COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

Quinto e Sexto Períodos

Disciplinas	Número de Aulas Semanais Teórica / Prática		Carga Horária Total do Semestre / Ano
	1º Semestre	2º Semestre	
Imunologia	4	-	60
Nutrição	2	-	30
Clínica Médica I	16	20	570
Farmacologia	4	4	120
Patologia	10	8	270
Psicologia Médica	4	4	120
Medicina Social III	-	2	30
<b>Sub-Total em Horas</b>			<b>1200</b>

Semestre de 15 semanas

Sétimo e Oitavo Períodos

Disciplinas	Número de Aulas Semanais Teórica / Prática		Carga Horária Total do Semestre / Ano
	1º Semestre	2º Semestre	
Anestesiologia	4	-	36
Gastroenterologia	18	-	108
Hematologia	16	-	72
Nefrologia	16	-	72
Pneumologia	16	-	72
Princípios de Radiologia	4	-	72
Princípios de Cirurgia (CCI,II,III)	4	16	108
Clínica Médica II *	8	8	144
Oncologia Clínica *	10	10	144
Reumatologia *	10	10	144
Anatomia Patológica Especial I	-	6	108
Cardiologia	-	16	72
Dermatologia	-	16	72
Endocrinologia	-	16	72
Urologia	-	4	72
<b>Sub-Total em Horas</b>			<b>1368</b>

\* É ministrada para duas turmas no 1º semestre e para outras duas no 2º semestre

Nono Período



FUNDAÇÃO SÃO PAULO  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E BIOLÓGICAS DE SOROCABA

COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

Disciplinas	Número de Aulas Semanais Teórica / Prática	Carga Horária Total do Semestre / Ano
1º Semestre		
Anatomia Patológica Especial II **	2	40
Biofísica / Fisiatria	10	40
Ginecologia	10	40
História do Pensamento Médico **	2	20
Obstetrícia	10	40
Ortopedia e Traumatologia	10	40
Doenças Infecciosas e Parasitárias	30	120
Medicina Preventiva	10	40
Pediatria	20	80
Ética Médica **	2	20
Hereditariedade Médica **	2	40
Medicina Legal **	2	40
Medicina do Trabalho **	2	40
Neurologia	20	80
Oftamologia	5	20
Otorrinolaringologia	5	20
Psiquiatria	20	80
<b>Sub-Total em Horas</b>		<b>800</b>

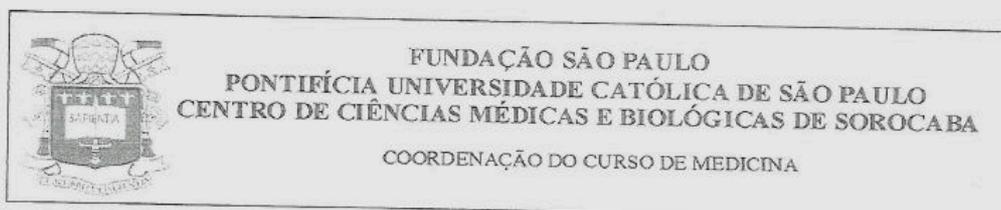
\*\* Não modular/semestral Demais são modulares com duração de 4 semanas

Os 3 últimos períodos (10º, 11º e 12º) correspondem ao internato, realizado em estágios rotativos

Décimo Período

Disciplinas	Carga Horária Total do Semestre / Ano
Clínica Médica I	320
Clínica Cirúrgica I	160
Ginecologia I	80
Obstetrícia I	80
Pediatria I	120
<b>Sub-Total em Horas</b>	<b>760</b>

Décimo Primeiro e Décimo Segundo Período



Disciplinas	Carga Horária Total do Semestre / Ano
Clínica Cirúrgica II	500
Clínica Médica II	500
Ginecologia II	250
Obstetria II	250
Pediatria II	500
<b>Sub-Total em Horas / C.H. Mínima</b>	<b>2000</b>

Nos 2 últimos períodos do internato ( 11º e 12º ) , acontecem estágios rotativos, com plantões.

<b>Carga Horária Total</b>	<b>8.378</b>
----------------------------	--------------

*Marcelo Gil Cliquet*  
Prof. Dr. Marcelo Gil Cliquet  
Coordenador do Curso de Medicina  
CCMB/PUCSP.

## ANEXO D

## Matriz Curricular do Curso de Medicina

Matriz Curricular do Curso de Medicina

Ano do Curso	Módulos	Módulos Verticais	
<b>1º</b> <i>Eixo temático:</i> Mecanismos Regulatórios Fundamentais da Vida Humana	- Introdução ao Estudo da Medicina e Suporte Básico à Vida - Água e Eletrólitos Corporais: Importância e Regulação - Metabolismo Humano - Gases Corporais - Eliminação de Resíduos - Sensações, Reações e Ritmos Biológicos - Eletricidade e Movimento: Geração, Condução e Efeitos - Manutenção da Espécie - Dinâmica da Imunidade	<b>Prática em Atenção à Saúde I *</b>  <i>Subeixo:</i> Promoção à Saúde e Proteção Específica	<b>Módulo de Estudos Eletivos e Adicionais</b>  <b>A) ESTUDOS ELETIVOS (2º ao 5º anos)</b>  <b>E</b>  <b>B) ESTUDOS ADICIONAIS:</b>  <b>- Português para Medicina (2º ano)</b>  <b>- Inglês para Medicina (3º ano)</b>  <b>- Informática para Medicina (4º ano)</b>
<b>2º</b> <i>Eixo temático:</i> Agressões ao Organismo, Mecanismos de Defesa e Adoecimento	- Função Celular, Lesão Celular e Reparação - Inflamação - Infecções - Reparo e Regeneração - Perturbações Hemodinâmicas - Alterações Genéticas - Neoplasias	<b>Prática em Atenção à Saúde II</b>  <i>Subeixo:</i> Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato	
<b>3º</b> <i>Eixo temático:</i> Ciclo da vida	- Concepção, Anticoncepção e Embriogênese - Gestação, Parto e Puerpério - Período Neonatal, Crescimento e Desenvolvimento - Puberdade e Adolescência - Idade Adulta, Trabalho e Constituição da Família - Senescência e Morte	<b>Prática em Atenção à Saúde III**</b>  <i>Subeixo:</i> Análise dos Programas de Atenção Integral à Saúde	
<b>4º</b> <i>Eixo temático:</i> Grandes Temas em Medicina	- Medicina do Adulto - Medicina da Criança - Medicina da Mulher - Medicina do Idoso - Medicina na Emergência	<b>Prática em Atenção à Saúde IV</b>  <i>Subeixo:</i> Avaliação da efetividade do sistema de atenção à saúde	
Carga horária do 1º ano: 1.285 horas (**inclui 60h Antropologia)			
Carga horária do 2º ano: 1.285 horas			
Carga horária do 3º ano: 1.285 horas (**inclui 90h Introdução ao Pensamento Teológico)			
Carga horária do 4º ano: 1.285 horas			
Carga horária total dos 4 primeiros anos: 5.140 horas			
<b>5º</b>	<b>Internato</b>	<b>Áreas</b>	<b>Subáreas</b>
<b>5º</b>	Clinica Médica I		- Moléstias Infecciosas e Dermatologia - Neurologia, Fisiatria e Reumatologia - Cardiologia e UTI - Psiquiatria
	Estudos Eletivos		(Módulo Vertical de Estudos Eletivos)
	Clinica Cirúrgica I		- Ortopedia - Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Anestesiologia - Urologia, Cirurgia Plástica e Cirurgia Vasculare
	Saúde Coletiva I		-----
	Pediatria I		-----
		Ginecologia e Obstetria I	-----
Carga horária do 5º ano: 1.680 horas (com 240 horas de plantões nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e GO)			
<b>6º</b>	Clinica Médica II		- Endocrinologia, Nutrição e Oncologia - Hematologia e Análises Clínicas - Urgências e Emergências Clínicas: URE e PA - Nefrologia e Geriatria; - Pneumologia, Cirurgia e Tórax e Imagem
	Clinica Cirúrgica II		- Clínica e Cirurgia do Aparelho Digestório - Urgências e Emergências Cirúrgicas
	Saúde Coletiva II		-----
	Pediatria II		-----
		Ginecologia e Obstetria II	-----
Carga horária do 6º ano: 1.360 horas (com 160 horas de plantões nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e GO)			
Carga horária total do Internato: 3.040 horas			
Carga horária de Atividades Complementares: 120 horas			
Carga horária total do curso: 8.300 horas			

## ANEXO E

## Exemplo de Distribuição de Atividades



## PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

## Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Curso de Medicina  
1º Ano/2013

Horário	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	
8:00 às 09:00	Estudo auto Dirigido (EAD) (2)	Área do Aluno (AA)	Módulo: Prática em Atenção à Saúde (PAS I) (4)	Sustentação Aplicada (SA) (4)	Área do Aluno (AA)	Total horas/ semana (35)
9:00 às 10:00		Estudo auto Dirigido (EAD) (3)			Estudo auto Dirigido (EAD) (3)	
10:00 às 11:00	Sustentação Teórica (ST) (2)					
11:00 às 12:00		Habilidades (HAB) (4)			Área do Aluno (AA)	
13:30 às 14:30	13:30h Tutoria (3)		Sustentação Aplicada (SA) (4)	Estudo auto Dirigido (EAD) (3)		
14:30 às 15:30					Área do Aluno (AA)	Tutoria (3)
15:30 às 16:30	16:30 às 17:30		Área do Aluno (AA)			
SOMA		8		6	8	7

Módulos -1º semestre	Períodos	Módulos - 2º semestre	Períodos
1 – Introdução ao estudo da medicina e Suporte Básico à Vida	28/01 a 22/02/2013	1 – Sensações, Reações e Ritmos Biológicos	29/07 a 30/08/2013
		2 – Eletricidade e Movimento: Geração, Condução e Efeito	09/09 a 04/10/2013
2 – Água e eletrólitos corporais: importância e regulação	25/02 a 22/03/2013	3 – Manutenção da Espécie	07/10 a 01/11/2013
3 – Metabologia Humana	01/04 a 26/04/2013	4 – Dinâmica da Imunidade	04/11 a 06/12/2013
4 – Gases Corporais	29/04 a 31/05/2013		
5 – Eliminações de Resíduos	03/06 a 29/06/2013	5 – Prática em Atenção à Saúde / Antropologia em Saúde	31/07 a 11/12/2013
6 – Prática em Atenção à Saúde I/ Antropologia em Saúde	06/02 a 26/06/2013		
Planejamento Acadêmico	I- 14/02 e 15/02/2013 II- 25/03 a 27/03/2013	Planejamento Acadêmico	III: 02/9 a 06/09/2013
<b>Recuperações e Avaliações de finais de semestres</b>			
1º Semestre		2º Semestre	
01/07 a 05/07/2013		09/12 a 13/12/2013	

Prova de Progressão: a definir

Prof. Dr. Ronaldo D'Avila  
Coordenador do Curso de Medicina  
FCMS/PUCSP

Prof. Dr. Julio Boschini Filho  
Vice Coordenador do Curso de Medicina  
FCMS-PUCSP