

Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras

Change Trends in a Group of Brazilian Medical Schools

Jadete Barbosa Lampert^I; Nilce Maria da Silva Campos Costa^{II}; Gianna Lepre Perim^{III}; Ively Guimarães Abdalla^{IV}; Rinaldo Henrique Aguiar-da-Silva^V; Regina Celes de Rosa Stella^{VI}*

RESUMO

Realizado com um grupo de 28 escolas médicas brasileiras, este estudo mostra as tendências de mudanças para atender às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) com perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Faz parte do primeiro momento do projeto de avaliação de tendências de mudanças nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras, da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (Caem/Abem). As escolas responderam ao instrumento de pesquisa oferecido para sua auto-avaliação segundo a metodologia proposta, com resultados que mostram a percepção do curso como um todo na inter-relação de cinco eixos: Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários da Prática e Desenvolvimento Docente. A maioria das escolas deste grupo (75%), na percepção de seus atores sociais, apresenta tipologia avançada e inovadora com tendência avançada para as transformações preconizadas no setor saúde. O eixo Desenvolvimento Docente mostra avanços menores em relação aos demais, o que sinaliza, neste momento do processo, um descompasso na dinâmica das ações para consolidar as mudanças. Demonstra a necessidade de aprofundar o estudo com o desenvolvimento dos processos avaliativos, que requer a construção de indicadores qualitativos e quantitativos capazes de auxiliar a identificação, o acompanhamento e a efetivação das mudanças.

ABSTRACT

The purpose of this study of Caem/Abem conducted in a group of twenty-eight Brazilian medical schools was to show the trends in the changes made for meeting the National Curricular Guidelines and consolidating the Brazilian Health System and represents the first stage of the Project for evaluating the change trends in the undergraduate courses of the Brazilian medical schools. The schools answered the self-evaluation instrument according to the proposed methodology. The results show that the course is perceived as inter-relation of five main axes: the world of work, the pedagogical project, the pedagogical approach, sceneries of practice and qualification of teachers. In the perception of their social actors, the greater part of the schools of this group (75%) can be classified as advanced and innovative, strongly tending to the transformations commended for the health sector. The item Qualification of Teachers shows minor advances than the others, indicating in this moment of the process a disproportion in the dynamics of actions for consolidating the changes. It shows the need for deepening the study by developing evaluation processes and constructing qualitative and quantitative indicators that allow identifying and monitoring the changes.

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação médica.
- Evidências de mudanças.
- Avaliação.
- Currículo de medicina.
- Tendência de mudanças.

KEYWORDS:

- Medical education;
- Evidences of change;
- Evaluation;
- Undergraduate curriculum;
- Change trends

Recebido em: 10/07/2008

Reencaminhado em: 20/12/2008

Aprovado em: 09/01/2009

^I Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil.

^{III} Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil; Ministério do Esporte, Secretaria Nacional de Esporte Educacional. Distrito Federal, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

^V Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo, Brasil.

^{VI} Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

* Os autores compõem a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica – Caem/Abem.

INTRODUÇÃO

Estruturar o projeto pedagógico das escolas médicas significa manifestar compromissos e crenças acerca das funções que o ensino deve cumprir em nossa sociedade. Implica, por um lado, pensar as possibilidades dos estudantes em adquirir conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, e, por outro lado, na forma de obtê-los. Os projetos curriculares, as disciplinas, os conteúdos, a organização do ensino, as condutas de professores e estudantes não devem ser contemplados como questões técnicas e neutras, à margem das ideologias e daquilo que ocorre em outras dimensões da sociedade, como a econômica, cultural e política. Grande parte das decisões tomadas no âmbito educativo estão condicionadas pelas outras esferas da sociedade e alcançam seu significado a partir da análise que leva em conta esta interpretação¹.

No Brasil, a legislação quanto ao sistema nacional de saúde tem avanços relevantes para mudanças na prestação de serviços na área de saúde. A partir da Constituição Brasileira, de 1988, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado e constitui um Sistema Único de Saúde (SUS), as leis complementares e as normas operacionais básicas que se seguiram têm garantido a evolução na estruturação deste sistema. Nesta conjuntura, são homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação². Elas apontam as características do profissional da área da saúde a ser formado – generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de trabalhar em equipe –, para que as escolas adaptem seus projetos político-pedagógicos para formar profissionais com competência para atender às necessidades de saúde na dinâmica do contexto. As escolas devem se aproximar dos serviços, em todos os níveis de atendimento, e da comunidade com interação, de forma coerente e sinérgica com o prescrito na Constituição, segundo a qual o SUS deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde³.

Nenhuma mudança pensada e planejada se faz sem avaliações, e é neste espírito que se dá a aprovação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)⁴, que orienta a edificação de avaliações menos pontuais e classificatórias, avaliações como um processo contínuo, participativo, formativo e construtivo. Os três documentos político-institucionais dão força aos movimentos de mudanças na formação dos profissionais da área da saúde, fortalecendo a aproximação entre escolas, serviços e comunidade, ou seja, dando condições para melhor percepção da interação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência, permeados por processos avaliativos.

Portanto, o movimento transformador em saúde é resultado de reformas que abarcam o sistema de assistência à saúde, onde se inclui a atenção básica em saúde (ABS) e a formação de recursos humanos para atuar no sistema. Tem como premissa atender às necessidades básicas de saúde ou necessidades de saúde (NS), que são, neste trabalho, entendidas como:

[...] o conjunto de necessidades em saúde, o qual envolve as exigências principais, socialmente determinadas para uma vida saudável individual e coletiva. Refere-se aos elementos primários de sobrevivência e ao convívio social (alimentação, educação, moradia, trabalho, transporte, meio ambiente, lazer), essenciais para uma vida de qualidade. O atendimento das NS inclui ter acesso aos serviços de promoção, preservação, recuperação e reabilitação da saúde, dentro de um sistema que dispõe de uma rede de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atendimento em saúde. Sistema que conta com condições apropriadas de tecnologia instalada e de recursos humanos qualificados (conhecimentos, habilidades e atitudes) nas diferentes funções e níveis, reconhecidos e respeitados pela sociedade. O conjunto de ações para atender às NS dispõe de lugar e papel estratégico para o profissional médico que conclui o curso de graduação, desafiando as escolas médicas a conferir a formação adequada a esse profissional.⁵

As DCN delineiam o perfil que o médico deve alcançar ao concluir o curso de graduação, com a premissa de sair com competências para trabalhar em equipe, dar conta de atender com qualidade às necessidades mais frequentes de saúde e, em especial, sabendo construir o conhecimento a partir da formulação de problemas encontrados no dia-a-dia do exercício profissional e dar soluções adequadas.

O sistema de saúde com rede de referência e contra-referência em construção segundo os princípios do SUS tem a porta de entrada na ABS, que se caracteriza por:

[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de ele-

vada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde da maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.⁶

Sendo a porta de entrada do sistema, realizada na unidade básica de saúde, primeiro nível de atendimento, onde busca a promoção de melhorias na saúde do indivíduo, sua família e comunidade e a conseqüente redução das iniquidades produzidas pelas desigualdades sociais, é ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, tendo que consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS⁷.

Todos esses aspectos dão coerência às DCN que orientam as escolas para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo, no processo saúde-doença.

De acordo com sua vocação institucional, a Abem propõe, por intermédio da Caem, promover a avaliação das tendências de mudanças dos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras, tendo por objetivo impulsionar e auxiliar a construção de um processo avaliativo nessas instituições. A proposta de avaliação da Caem⁸, que se desenvolve desde março de 2006, além de diagnosticar o momento das escolas, visa auxiliar e acompanhar a evolução das mudanças de forma participativa e construtiva para atender às DCN com perspectivas à consolidação do SUS, incentivando a construção do processo avaliativo em cada escola médica dentro dos princípios do Sinaes, com vista à formação do médico no curso de graduação.

MÉTODO

Após a divulgação do projeto de avaliação de tendências de mudanças nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras, foram oferecidas oficinas de capacitação às escolas com abertura para adesão voluntária, com o objetivo de capacitar a equipe de representantes das escolas médicas para aplicar o instrumento de auto-avaliação na própria escola.

As oficinas de capacitação, que continuam a acontecer para novos cursos que aderem ao projeto, desenvolvem-se com a apresentação de aspectos do contexto histórico e necessidades contemporâneas de formação de recursos humanos para a assistência de saúde da população brasileira; socialização dos conteúdos das Diretrizes Curriculares e Sinaes; visualização desfragmentada do curso de graduação em Medicina;

exercício com o instrumento e esclarecimentos para a aplicação na auto-avaliação da escola; capacitação dos participantes na metodologia de avaliação para a realização do exercício avaliativo com o grupo de atores da sua escola; encaminhamento do termo de adesão – Termo de Autorização Institucional; e instruções para o envio do instrumento respondido pelo conjunto de atores reunidos.

Mediante a assinatura do Termo de Autorização Institucional, a escola recebe uma senha com acesso ao instrumento exclusivo na forma eletrônica. A Caem/Abem analisa o instrumento preenchido por cada escola. Dessa análise resultam percentuais de avanços para as mudanças, que conferem a cada escola uma tipologia de tendências de mudanças – avançada (A), inovadora avançada (Ia), inovadora tradicional (It) e tradicional (T); observações e recomendações, que constata a pluralidade de justificativas e evidências de mudanças mencionadas por cada escola; e o retorno, a cada escola, do seu resultado junto ao resultado geral do grupo das escolas.

O material recebido por cada escola deve ser discutido no interior da instituição. Este retorno à escola e a discussão dos resultados fazem parte do preparo para o segundo e terceiro momentos do projeto: a construção de indicadores de mudanças com levantamento de dados; e a sistematização, análise dos dados e recomendações reunidas no relatório.

Instrumento

O instrumento elaborado por Lampert⁵ evoluiu no estudo realizado pela mesma autora com as escolas médicas do Rio Grande do Sul. Discutido e revisado pela Caem⁸, está constituído de cinco eixos conceituais de relevância na formação do profissional médico: Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários da Prática e Desenvolvimento Docente. Contendo 17 vetores, estes eixos estão representados na figura de uma roda (Figura 1). O instrumento permite exercitar a percepção dos atores sociais da escola a respeito de como está sendo implementado o programa curricular da graduação com referência às DCN e fóruns nacionais e internacionais de educação médica^{10,11,12}. Cada vetor apresenta uma questão com três alternativas: nível 1 – tradicional; nível 2 – inovadora; e nível 3 – avançada. Uma das alternativas é escolhida como predominante pelo conjunto de atores sociais da escola reunidos – docentes, discentes e técnico-administrativos –, que acompanham e vivem a realização do currículo de graduação. Mediante consenso, marcam a alternativa percebida no conjunto do curso como predominante e identificam a(s) justificativa(s) e a(s) evidência(s) dessa situação.

FIGURA 1

Roda representativa do instrumento com cinco eixos e 17 vetores, cada um com três alternativas – tradicional, inovadora e avançada para as mudanças –, representadas nos círculos interno, intermédio e externo, respectivamente.



RESULTADOS

Das 47 escolas que aderiram inicialmente ao projeto, 28 preencheram o instrumento segundo a metodologia preconizada e compõem o grupo de escolas objeto deste estudo. Os resultados mostram a tipologia de tendências de mudanças deste grupo após a homologação das DCN, no primeiro momento do projeto da Caem/Abem. É importante esclarecer que escolas com a mesma tipologia podem ter contextos distintos, conflitos e contradições peculiares, dependendo do estágio em que se encontram, que conferem a sua singularidade com potenciais e fragilidades.

Verifica-se que todas as escolas estão buscando implementar mudanças para se adequar às DCN. Os resultados mostram que 75% delas são de tipologia avançada (A) ou inovadoras com tendência a avançada (Ia) para as transformações desejadas. Assim, no movimento de expansão mostrado na Figura 1, podem-se observar descompassos quando, sendo complementares, alguns vetores são percebidos como avançados, no nível 3, enquanto outros permanecem no nível 1 (Quadros 1 e 2).

QUADRO 1
Enquadramento da percepção dos atores sociais do grupo de 28 escolas médicas em cinco eixos de relevância na implementação do currículo de graduação – Caem/Abem, Brasil, 2007

Eixos e vetores	Alternativas		
	Tradicional 1	Inovadora 2	Avançada 3
EIXO I – MUNDO DO TRABALHO	8	31	45
Vetor 1 – Carência de médicos e emprego	2	6	20
Vetor 2 – Base econômica da prática médica	–	15	13
Vetor 3 – Prestação de serviços	6	10	12
EIXO II – PROJETO PEDAGÓGICO	8	44	60
Vetor 4 – Biomédico e epidemiológico-social	2	7	19
Vetor 5 – Aplicação tecnológica	–	12	16
Vetor 6 – Produção do conhecimento	4	11	13
Vetor 7 – Pós-graduação e educação permanente	2	14	12
EIXO III – ABORDAGEM PEDAGÓGICA	11	35	38
Vetor 8 – Estrutura curricular	4	11	13
Vetor 9 – Orientação didática	5	7	16
Vetor 10 – Apoio e tutorial	2	17	9
EIXO IV – CENÁRIOS DA PRÁTICA	7	23	54
Vetor 11 – Local de prática	–	7	21
Vetor 12 – Participação discente	–	7	21
Vetor 13 – Âmbito da escola	7	9	12
EIXO V – DESENVOLVIMENTO DOCENTE	28	58	26
Vetor 14 – Formação didático-pedagógica	9	11	8
Vetor 15 – Atualização técnico-científica	5	20	3
Vetor 16 – Participação nos serviços de assistência	3	14	11
Vetor 17 – Capacitação gerencial	11	13	4
TOTAL	62	191	223
%	13,0	40,1	46,9

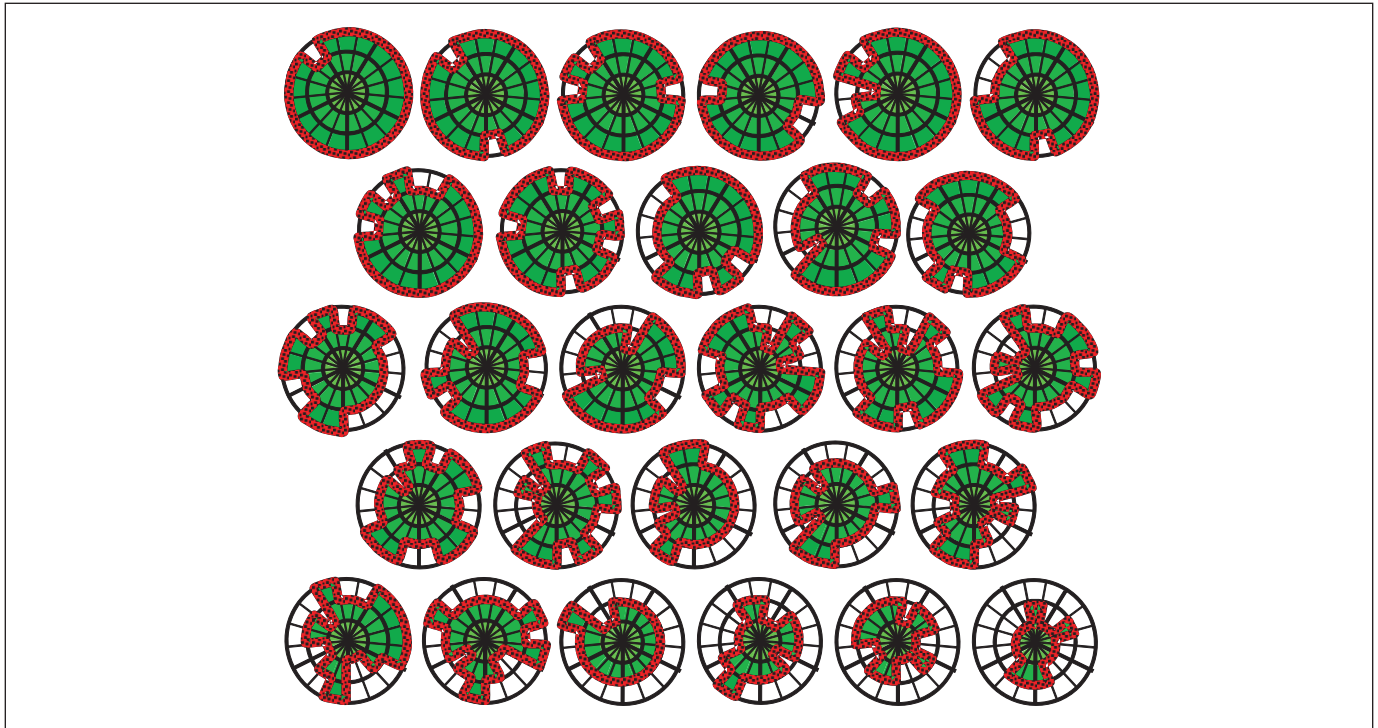
QUADRO 2

Tipologia de tendência de mudanças em cada uma das 28 escolas médicas que realizaram o primeiro momento do projeto da Caem/Abem e percentuais das alternativas predominantes nos cinco eixos de relevância segundo a percepção de seus atores sociais ao implementar o currículo – Brasil, 2007

Eixos Escola	EIXO I Mundo do Trabalho 20%	EIXO II Projeto Pedagógico 20%	EIXO III Abordagem Pedagógica 20%	EIXO IV Cenário da Prática 20%	EIXO V Desenv. Docente 20%	Total 100%	Tipologia
1	8,80	8,25	8,80	11,00	6,60	43,45	T
2	11,00	9,90	8,80	11,00	11,55	52,25	T
3	11,00	11,55	11,00	15,47	6,60	55,62	T
4	11,00	13,20	13,20	13,20	11,60	62,20	It
5	13,20	16,60	8,80	13,27	13,25	65,12	It
6	17,73	13,25	8,80	17,73	9,90	67,42	It
7	15,47	20,00	8,80	13,27	9,90	67,43	It
8	13,20	14,90	13,20	15,53	11,55	68,38	Ia
9	17,73	13,20	13,20	15,47	9,90	69,50	Ia
10	15,47	16,60	15,47	15,53	8,25	71,32	Ia
11	15,47	18,30	13,20	17,73	8,25	72,95	Ia
12	13,27	16,60	17,73	17,73	11,55	76,88	Ia
13	13,27	14,95	15,47	17,73	16,60	78,02	Ia
14	11,00	18,30	17,73	20,00	11,55	78,58	Ia
15	15,47	16,60	17,73	17,73	11,55	79,08	Ia
16	17,73	14,90	13,2	17,73	16,60	80,17	A
17	20,00	16,60	20,00	17,73	13,20	84,23	A
18	20,00	14,90	20,00	15,47	14,90	85,27	A
19	20,00	16,60	20,00	15,53	13,20	85,33	A
20	20,00	20,00	15,47	17,73	13,20	86,40	A
21	17,73	16,60	17,73	20,00	18,30	90,37	A
22	15,47	20,00	20,00	20,00	16,60	92,07	A
23	20,00	20,00	17,73	20,00	14,90	92,63	A
24	20,00	20,00	20,00	20,00	13,25	93,25	A
25	20,00	18,30	17,73	20,00	18,30	94,33	A
26	20,00	18,30	20,00	20,00	16,60	94,90	A
27	20,00	20,00	17,73	20,00	18,30	96,03	A
28	20,00	20,00	20,00	20,00	18,30	98,30	A
Média	16,21	16,37	15,41	17,02	12,71	77,91	Ia

FIGURA 2.

Conjunto de figuras representativas das tendências de mudanças no curso de graduação médica do grupo de 28 escolas que realizaram o primeiro momento do projeto da Caem/Abem – Brasil, 2006.



A seguir são apresentados os resultados das 28 escolas estudadas, por tipologia predominante.

ESCOLAS TRADICIONAIS

As escolas que se percebem como tradicionais são em menor número neste estudo, apenas 10,7% do total (Quadro 3). Nelas, observa-se que persistem as características do modelo flexneriano em todos os eixos analisados.

QUADRO 3

Tipologia de tendência de mudanças de um grupo de 28 escolas médicas brasileiras que realizaram o primeiro momento do projeto da Caem/Abem – Brasil, 2007

Nº de escolas	Tipologia	Sigla	%
13	Avançada	A	46,4
8	Inovadora com tendência avançada	Ia	28,6
4	Inovadora com tendência tradicional	It	14,3
3	Tradicional	T	10,7

No eixo Mundo do Trabalho, apesar de todos os cursos reconhecerem a existência de prática liberal e/ou assalariada da

medicina e sua influência na formação do médico, uma escola evidencia que “os estudantes desconhecem as práticas de mercado”. Outro curso assume que “os egressos têm dificuldade de trabalhar na atenção básica e na estratégia do Programa Saúde da Família”.

No vetor Prestação de Serviço, fica clara a dificuldade de os currículos assumirem a discussão da relação institucional mediadora de seguradoras, planos de saúde, prestadores/usuários de serviços de saúde com repercussão na relação médico-paciente e no trabalho em equipe multidisciplinar, pois esses temas:

- Não fazem parte do conteúdo curricular;
- Não existe política institucional que estimule esta discussão.

Apenas uma escola se refere a “abordagens pontuais” sobre a temática na disciplina Saúde Coletiva. Nota-se, portanto, que determinados conteúdos desvalorizados historicamente ainda estão “silenciados” no currículo¹⁴. Pode-se pensar em resistência dos próprios professores, falta de incentivo da administração dos cursos ou falta de clareza sobre os determinantes da inserção dos médicos no mercado de trabalho contemporâneo.

Apesar desses fatores, não se pode deixar de levar em conta o contexto social do condicionante da formação em Medicina. Além de reconhecer a importância dos conhecimentos técnicos para o médico, é necessário ampliar esta perspectiva e incorporar os referentes da realidade social na análise da prática em saúde, que, por sua vez, é perpassada por diferentes interesses e valores.

O reconhecimento da prática médica como prática social é o primeiro passo para efetuar mudanças nos cursos. As contribuições das Ciências Sociais podem se revestir de grande importância para uma compreensão mais aprofundada. A partir delas, podem-se questionar os conteúdos considerados historicamente “normais”. Freire¹⁵ assinala que “é importante converter o óbvio em objeto de nossa reflexão crítica e aprofundando-se nele, descobrir que não é, às vezes, tão óbvio como parece”.

Em relação ao eixo Projeto Pedagógico, um fator limitante é o vetor Produção de Conhecimentos. Nas escolas tradicionais, vigora a falta de apoio institucional à realização de pesquisas, fator determinante não só da qualidade dos cursos, mas da formação do estudante, que poderia ter sua iniciação em projetos científicos que colaborem com a melhoria das necessidades de saúde da população. Entretanto, convive com a desvalorização pelos cursos:

- Não existe política institucional para pesquisa;
- Pouca pesquisa no curso.

Foi ressaltada também a falta de integração entre grupos de pesquisa e de condições para o desenvolvimento de linhas de pesquisas mais abrangentes:

- Grupos isolados de pesquisa;
- Maioria das pesquisas desenvolvida no hospital universitário;
- Orientadores do TCC são, na maioria, especialistas.

Vários fatores são óbices à instalação, consolidação e avanços de grupos de pesquisas nos cursos médicos, como a grande carga horária prática dos docentes e a desvalorização social da docência, que oferece baixos salários, sobretudo nas escolas públicas.

No vetor Pós-Graduação e Educação Permanente, os resultados mostram que as escolas tradicionais ainda não oferecem residências, especializações, mestrado e doutorado, nem se preocupam com o desenvolvimento de atividades de educação permanente. Uma delas apresenta como justificativa o fato de que o projeto pedagógico não contempla este nível de formação.

No eixo Abordagem Pedagógica, os cursos tradicionais mostram uma estrutura curricular fragmentada em ciclos bá-

sico e profissional, ou seja, persiste a histórica fragmentação do conhecimento:

- Currículo fragmentado em ciclos básico, intermediário e profissionalizante;
- Falta de integração entre os ciclos básico e profissionalizante com disciplinas ligadas a departamentos;
- Disciplinas isoladas voltadas ao desenvolvimento de habilidades e conhecimentos clínicos, sem integração entre elas.

O vetor Orientação Didática revela ênfase em aulas expositivas e em aulas práticas predominantemente demonstrativas e centradas no professor, com a persistência de avaliações escritas:

- Aulas expositivas centradas no professor sem busca ativa de conhecimento;
- Predomínio de aulas teóricas expositivas nos quatro primeiros anos;
- Avaliações punitivas, baseadas na memorização sem avaliação de habilidades.

Surgem também referências à pouca valorização dada às novas metodologias de ensino e à falta de estímulo aos docentes:

- Modelo flexneriano, com professores desestimulados a se atualizar pedagogicamente;
- Falta de conhecimento de metodologias ativas.

Chamam a atenção nas escolas tradicionais o pouco investimento em infra-estrutura física e a falta de apoio institucional às atividades de ensino. No vetor Apoio e Tutoria, as escolas tradicionais se queixam dos ambientes precários de ensino, que “não proporcionam condições físicas e materiais de apoio adequados para o ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais e de informática, biotério, etc.) e não oferecem tutoria”. Relata-se também falta de condições físicas, material didático e recursos, o que impossibilita o trabalho em pequenos grupos, e “laboratórios e bibliotecas com equipamentos insuficientes e defasados”.

A formação de médicos ocorre em determinadas condições materiais e institucionais que caracterizam cada escola e a formação que ali ocorre. Assim, a qualidade do ensino médico é determinada pelas condições materiais e institucionais e, se desejam mudanças, é indispensável modificar tais condições.

Abstrair essa formação das condições materiais em que se realiza significa considerá-la um trabalho homogêneo, quando se sabe que a formação se realiza em condições específicas em cada curso.

No eixo Desenvolvimento Docente, os cursos apontaram a inexistência de formação pedagógica: “os docentes realizam atividades empiricamente”. Outro mencionou a “inexistência de políticas institucionais de capacitação docente” e “ausência de acompanhamento didático-pedagógico permanente”. Quando existe a possibilidade, há “baixa participação do corpo docente nas oportunidades oferecidas”.

Observa-se o predomínio de atividades de capacitação oferecidas de forma esporádica, pontual e sem continuidade, sob a forma de seminários de capacitação docente. Por outro lado, visualizam-se iniciativas incipientes de avanço em relação ao Desenvolvimento Docente, pois é citada a existência de “projeto piloto para formação docente” e também a “participação de uma pedagoga nas reuniões de departamento”.

No vetor Atualização Técnico-Científica, prevalece a falta de planejamento e de incentivo institucional aos docentes:

- Ausência de reflexão e ações para necessidade de atualização;
- Não existe programa de capacitação para docentes.

No vetor Participação nos Serviços de Assistência, relata-se desde a falta de interesse docente “em participar do planejamento do SUS” até a fragilidade das parcerias institucionais:

- A parceria entre a instituição e o serviço local apresenta fragilidades;
- Eventualmente, docentes são convidados a ocupar cargos de chefia nas Secretarias Municipal e Estadual, mas não interagem com a universidade.

No vetor Capacidade Gerencial, as escolas tradicionais não priorizam a formação dos docentes que assumem cargos administrativos. Os professores aprendem na prática, com erros e acertos advindos da experiência própria.

Nota-se que tanto as atividades docentes quanto as administrativas se mostram desvalorizadas pelas instâncias administrativas e até mesmo pelos próprios professores nas escolas percebidas como tradicionais.

ESCOLAS INOVADORAS

As escolas com tipologias inovadora com tendência tradicional e inovadora com tendência avançada corresponderam neste estudo a 42,9% do total. Constituem um grupo que, implementando mudanças no curso de graduação, está no início do processo, predominando aspectos ora do modelo tradicional, ora do modelo avançado para as transformações. As justificativas e evidências permitem constatar avanços na formação médica no Brasil em pontos essenciais ao processo de mudança na formação.

No eixo Mundo do Trabalho, essas escolas já discutem as possibilidades de emprego médico nos currículos, embora em alguns casos ainda não considerem o Sistema Único de Saúde:

- O mercado orienta a construção do projeto pedagógico sem considerar o SUS;
- Apesar da implementação do SUS, a escola permanece com o currículo tradicional hospitalocêntrico.

A preocupação com o tema, entretanto, dá-se de forma ocasional, sem planejamento:

- O tema consta no projeto pedagógico, mas na prática há dificuldade;
- Discussões isoladas, esporádicas, sem estar no projeto pedagógico;
- Pouco interesse estudantil na discussão;
- Não está presente na grade curricular.

Ou seja, convive-se com abordagens eventuais deste tema, que podem ou não acontecer. Mesmo numa escola que já avança, ainda há ressalvas: “tem conteúdos abordados de forma sistemática, mas sem a transversalidade necessária”.

No eixo Projeto Pedagógico, vetor Produção de Conhecimentos, embora haja referências à “inexistência de recursos para desenvolvimento de pesquisa em ABS”, as escolas inovadoras caminham no sentido de incentivar e estimular a realização de pesquisas, num “movimento inicial de integração entre escola, serviço e comunidade para desenvolvimento de pesquisa”, com objetos de estudo mais abrangentes, como o “estímulo à pesquisa em ABS” e “programa de residência e especialização em áreas gerais e curso de extensão para os profissionais da rede e educação permanente de egressos”.

No vetor Pós-Graduação e Educação Permanente, persiste a precariedade, tanto por “inexistência de recursos para o desenvolvimento de pesquisas”, quanto por “pouca oferta de cursos de educação permanente pelos departamentos”.

No eixo Abordagem Pedagógica, vetor Estrutura Curricular, as escolas inovadoras avançam para possibilidades de integração de conteúdos: “disciplinas do mesmo semestre estão em processo de integração”; “existem disciplinas integradoras nos quatro primeiros semestres, blocos na prática sem esta denominação no currículo”, embora principalmente sob a forma de “propostas”, de possibilidades: “escola em fase de reavaliação da questão da integralidade”.

Verifica-se que ainda persiste a fragmentação do conhecimento, ou seja, a integração, embora prevista no projeto pedagógico, em alguns cursos não se efetiva na prática:

- Apresenta integração no PP, mas na prática é fragmentado;
- Dissociação entre os ciclos básico e profissionalizante.

No vetor Orientação Didática, a ênfase ainda está em aulas teóricas, mas já se observa certa integração multidisciplinar, embora com práticas centradas no âmbito hospitalar:

- Aulas teóricas principalmente nos dois primeiros anos, prática com as disciplinas mais clínicas em pequenos grupos, centradas no paciente;
- Práticas hospitalares com pouco envolvimento docente;
- Prática centrada no hospital, com poucas atividades multidisciplinares.

No vetor Apoio e Tutoria, as escolas têm investido nas condições físicas e materiais de apoio ao ensino-aprendizagem necessário à formação médica.

Há também tendências de mudanças nas metodologias de ensino, com o oferecimento de ensino em pequenos grupos, em disciplinas e atividades baseadas em discussão de casos clínicos.

Alguns cursos revelam, entretanto, o pouco investimento em formação docente para a realização das atividades de tutoria:

- Falta de capacitação docente para tutoria;
- Falta de tutorial;
- Inexistência de tutoria e reformas.

No eixo Desenvolvimento Docente, não há clareza sobre a importância da formação pedagógica, e as escolas ainda revelam o pouco investimento institucional:

- Não existe política didático-pedagógica para docentes, apesar da necessidade;
- Existe a intenção, mas a operacionalização encontra resistência institucional;
- Não existe obrigatoriedade de aperfeiçoamento docente por parte da instituição;
- Os professores não são obrigados a participar das capacitações pedagógicas.

Por outro lado, observa-se uma evolução neste eixo quando as escolas descrevem as atividades nele desenvolvidas. Uma delas relata ter criado o “programa de pós-graduação em educação e saúde com linha de pesquisa específica em ensino”, que pode ser considerado um grande avanço na área de desenvolvimento docente, até outras iniciativas menos abrangentes, como cursos de formação docente:

- Cursos de capacitação docente sob a forma de educação permanente;
- Programa de apoio pedagógico institucional obrigatório para ingressantes;
- Capacitação em avaliação.

No vetor Atualização Técnico-Científica, verifica-se o apoio a determinadas atividades, como participação em eventos “com auxílio financeiro” e “estímulo individual para capacitação”. As escolas têm apoiado também a realização de cursos de pós-graduação, dando “permissão para o afastamento de docentes para qualificação” e promovendo “alguns programas de apoio institucional” e planos “de carreira *stricto sensu*”.

Também se observa o estímulo a publicações científicas numa das escolas que participaram da investigação: “o hospital possui uma revista indexada no Lilacs e estimula os professores à publicação”.

Por outro lado, neste grupo há escolas que não apóiam o eixo Desenvolvimento Docente, de modo geral:

- Não existem políticas institucionais e apoio;
- Poucos recursos destinados a estas atividades.

No vetor Participação nos Serviços do Planejamento do Sistema de Saúde, há várias referências à integração com a rede pública de saúde:

- Existe estímulo à integração docente assistencial;
- Integração com as secretarias municipal e estadual de saúde;
- Boa articulação ensino/serviço, com participação bilateral das atividades;
- Presença de docentes no planejamento da saúde municipal.

Em algumas escolas, essa integração ainda deixa a desejar:

- Falta integração dos serviços com a universidade;
- Poucos professores envolvidos em planejamento;
- Resistência dos docentes a esta atividade.

No vetor Capacitação Gerencial, observa-se certo avanço, pois, apesar de ainda não promoverem, as escolas inovadoras já reconhecem a importância da capacitação gerencial, tendo docentes que assumem cargos administrativos institucionais com algum conhecimento de ciências administrativas:

- Participação de docentes em funções gerenciais;
- Treinamento em gestão institucional do diretor acadêmico da escola;
- Participação de docentes em funções gerenciais;
- Estimula a participação gerencial e administrativa.

Há casos, entretanto, em que, além de a escola não estimular a capacitação gerencial, “não existe política de incentivo no curso”, e ainda persistem as “resistências dos docentes para esta qualificação”.

ESCOLAS AVANÇADAS

As escolas que se perceberam nesta tipologia foram as mais presentes neste estudo (46,4%), ou seja, quase a metade das escolas médicas estudadas é de tipologia avançada e aponta evidências de avanços para as transformações que conferem mudança de paradigma. Tais mudanças ainda carecem da construção de indicadores qualitativos e quantitativos, previstos para o segundo momento do projeto, na aproximação e identificação de condições que permitam acompanhá-las e apoiá-las nesse processo.

No eixo Mundo do Trabalho, verifica-se que as escolas têm considerado a organização do sistema de saúde no currículo. Por exemplo, uma delas sustenta que as mudanças curriculares contribuíram para a inserção de conteúdos sobre “situações-problema – diretrizes curriculares, distribuição de médicos no Brasil e mercado de trabalho atual do médico”.

Nas estratégias citadas, ressalta-se o aumento da carga horária curricular na área da Atenção Básica. E também mudanças nos estágios supervisionados e residência médica:

- Estágio curricular do primeiro ao quarto ano com integração ensino-serviço;
- Internato em Saúde Coletiva com ênfase no PSF;
- Residência em Medicina de Família e Comunidade.

No vetor Base Econômica, os cursos têm incluído a possibilidade da discussão destes conteúdos no currículo:

- Discussão crítica do mundo do trabalho;
- Disciplinas de gestão em saúde;
- Conteúdos e tópicos de gestão nas disciplinas e módulos.

No vetor Prestação de Serviço, o mesmo pode ser observado: embora a abordagem aconteça, ainda é referida como uma “possibilidade” pelas escolas, novamente em momentos pontuais. Os cursos referem-se a: discussão em alguns momentos; reflexão pontual em unidades; encontros para discussão do tema com organizações profissionais; possibilidade de discussão do mercado profissional nos diferentes cenários de aprendizagem; realização de palestras sobre o assunto; momentos pontuais de reflexão, mas não de forma interdisciplinar; atividades acadêmicas complementares com estudantes de vários cursos da área da saúde.

No eixo Projeto Pedagógico, o vetor Biomédico e Epidemiológico-Social avança para as necessidades da atenção básica com interação com os serviços de saúde. Os cursos referem: articulação com os serviços de saúde; convênios com o município; participação e representação nos Conselhos Municipais de Saúde, o que é feito por meio da busca da integração curricular e de mudança metodológica:

- Currículo integrado e orientado por competência profissional;
- Disciplinas integradas comunitárias nas primeiras quatro fases do curso;
- Ensino em ABS nos seis anos;
- Aplicação de métodos ativos de ensino-aprendizagem.

O vetor Aplicação Tecnológica também se desenvolve ao se analisar o uso da tecnologia nos currículos:

- Avanços nas discussões da primeira à quarta série;
- Contempla a análise crítica do uso da tecnologia no PP;
- Discussão racional da tecnologia *versus* realidade social;
- Reuniões que discutem a relação custo-benefício do uso da tecnologia;
- Discussão crítica em diversas disciplinas.

No vetor Produção de Conhecimentos, há avanços, consolidados com a criação de programas de pós-graduação *stricto sensu* e de linhas de pesquisa em Atenção Básica:

- Mestrado em Saúde Coletiva com enfoque na ABS com participação de docentes e estudantes;
- Linhas de pesquisa em saúde coletiva;
- Pesquisa vinculada à NS regional.

No eixo Abordagem Pedagógica, procura-se a obtenção de currículos integrados com áreas de prática real. Há várias referências a currículos em módulos, currículo integrado e integrador, currículo baseado em competências, integração básico-clínica nas quatro primeiras séries, seminários integradores, disciplinas de aproximação à prática médica.

No vetor Orientação Didática, observa-se o crescente investimento das escolas nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem e atividades tutoriais. Os cursos médicos também demonstram estar mudando a concepção tradicional da avaliação da aprendizagem:

- Importância de avaliações diversificadas como forma de melhor orientar o aluno;
- Avaliação formativa/somativa;
- Realização de auto-avaliação, e de habilidade e atitudes;
- Avaliações diversificadas (com domínios cognitivo, afetivo e psicomotor) na maioria das disciplinas e internato;
- Processo de avaliação dos estudantes integrado, interpares e pelos professores;
- Avaliação do processo.

No eixo Cenários de Prática, as práticas deixam de ser centradas no hospital, com o “desenvolvimento do currículo em vários cenários com atividades práticas” e “inserção na comunidade nos três níveis de atenção e participação de professores não médicos sociólogos, filósofos, fisioterapeutas”.

No vetor Apoio e Tutoria, volta a aparecer nas escolas avançadas o investimento nas condições adequadas dos espaços físicos e materiais de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, por meio de:

- Adequação da estrutura física para o desenvolvimento do projeto pedagógico na rede básica, com cenários diferentes de forma concomitante;
- Política de busca de financiamento para melhorias físicas;
- Reconhecimento da importância da estrutura do espaço físico e equipamento e apoio para a tutoria.

No eixo Desenvolvimento Docente, apesar de ainda não oferecer e exigir capacitação didático-pedagógica dos docentes, o processo caminha nas escolas avançadas. Os professores participam eventualmente de atividades como “congressos”, “fóruns e pré-fóruns de EP” e “oficinas pedagógicas bimestrais”. Alguns cursos conseguem demonstrar a valorização desse eixo:

- O corpo docente recebe capacitação didático-pedagógica específica antes de iniciar as atividades na escola, com reuniões e discussões sistemáticas;
- Todos os professores participam de seminários de atualização didático-pedagógica obrigatórios para atuar na instituição;
- As atividades dos docentes são acompanhadas por assessores pedagógicos.

Os cursos se organizam e mostram as atividades planejadas, como, por exemplo: curso de treinamento de tutores; convênio com outra instituição; curso de planejamento de módulos e construção de problemas; cursos de capacitação em metodologias ativas; seminários de atualização didático-pedagógica.

Há relatos também da existência de núcleos de apoio psicopedagógico, assessoria pedagógica e comissão permanente de avaliação institucional.

No vetor Atualização Técnico-Científica, ainda não existe a exigência formal, mas um “estímulo” à atualização dos professores, observando-se a “compreensão da importância da atualização; a “liberação formal dos profissionais para participação em atividades de capacitação”; e mesmo a existência de “política de apoio da participação docente em eventos científi-

cos”. A pós-graduação *stricto sensu* também tem sido apoiada como “norma institucional de capacitação docente e incentivo à pós-graduação”.

No vetor Participação nos Serviços de Assistência, há escolas em que os docentes participam do sistema de saúde em sua área de influência e têm serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde, e os médicos dos serviços têm participação na docência:

- Professores do curso e do serviço atuam em todos os níveis do PP;
- Presença de política e convênio entre escola e município;
- Convênios com o município;
- Reuniões pedagógicas e estágios supervisionados com participação dos médicos de serviço.

No vetor Capacitação Gerencial já existe o reconhecimento da “necessidade de profissionalização dos docentes gestores” e até mesmo a “exigência de que os gestores se capacitem”. Entre as atividades citadas pelas escolas, figuram desde a “criação de uma câmara de gestão na universidade” até cursos de capacitação “em gestão universitária”.

No conjunto das 28 escolas estudadas, o eixo que trata do Desenvolvimento Docente é o que mostra menos avanços, em especial quando se trata da Formação Didático-Pedagógica e da Capacitação Gerencial, aspectos relevantes da competência docente para imprimir mudanças na formação profissional. Já no eixo Cenários da Prática, predomina o nível/alternativa 3, avançado, onde os vetores Local da Prática e Participação Discente mostram predominância nas ações de inovação e avanços das mudanças, níveis/alternativas 2 e 3 (Quadro 1).

O Gráfico 1 mostra o menor avanço do eixo Desenvolvimento Docente em relação aos demais. Ele parece contraditório em algumas escolas, mesmo as avançadas, como as escolas 18, 19, 20, 23 e 24, em especial esta última, que apresenta todos os demais eixos no nível mais avançado. Outro eixo que aparece com avanço menor é o da Abordagem Pedagógica, que analisa a integração de conteúdos, uso de metodologias ativas e processos avaliativos formativos. Isto demonstra certa coerência com a ainda pequena evolução na capacitação docente para competências diferenciadas e novas atitudes frente às questões de ensino-aprendizagem que as DCN apresentam.

A Figura 4 mostra o avanço deste grupo de escolas nos 17 vetores dos cinco eixos. Alguns não mais apresentam características tradicionais, como no caso da Base Econômica, no eixo Mundo do Trabalho. O consultório médico não é mais repassado na escola como o campo de trabalho predominante,

GRÁFICO 1

Tipologia de tendência de mudanças em 28 escolas médicas brasileiras e a percepção dos atores sociais de cada escola nos cinco eixos relevantes no curso de graduação – Caem/Abem, 2007.

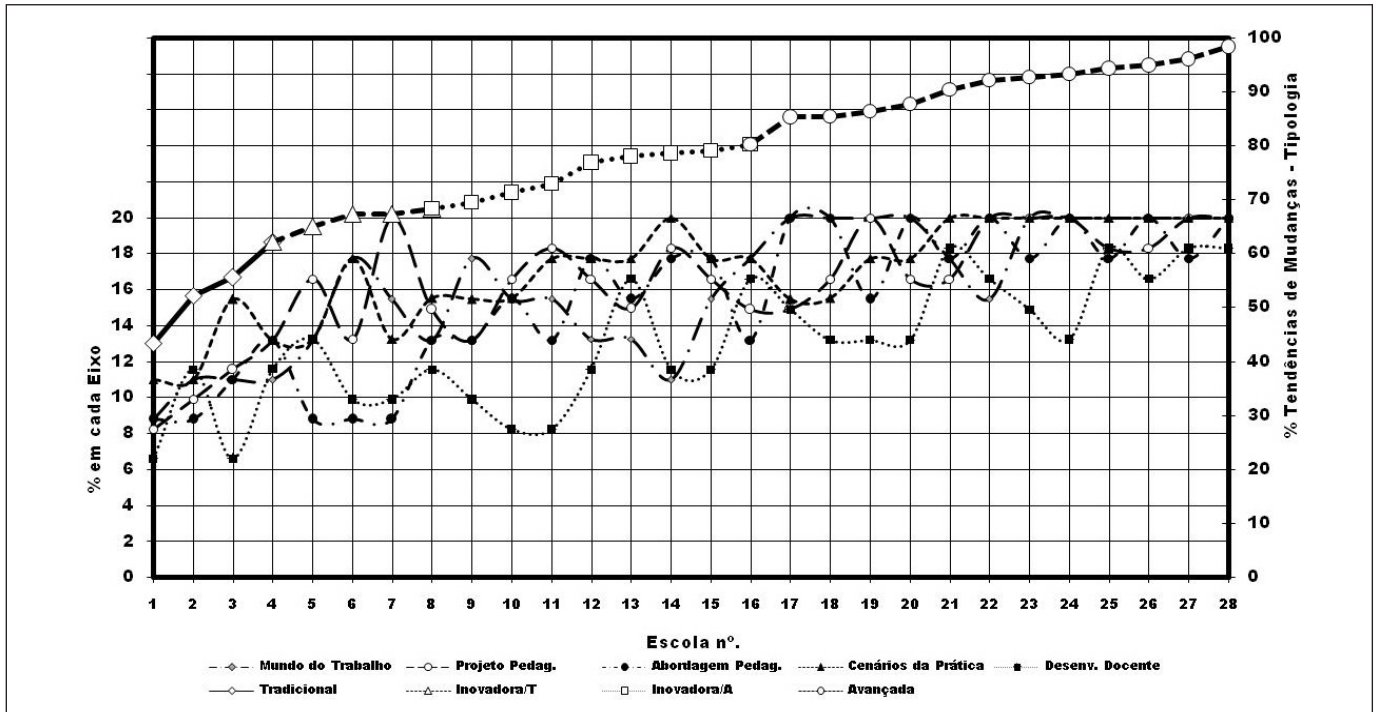
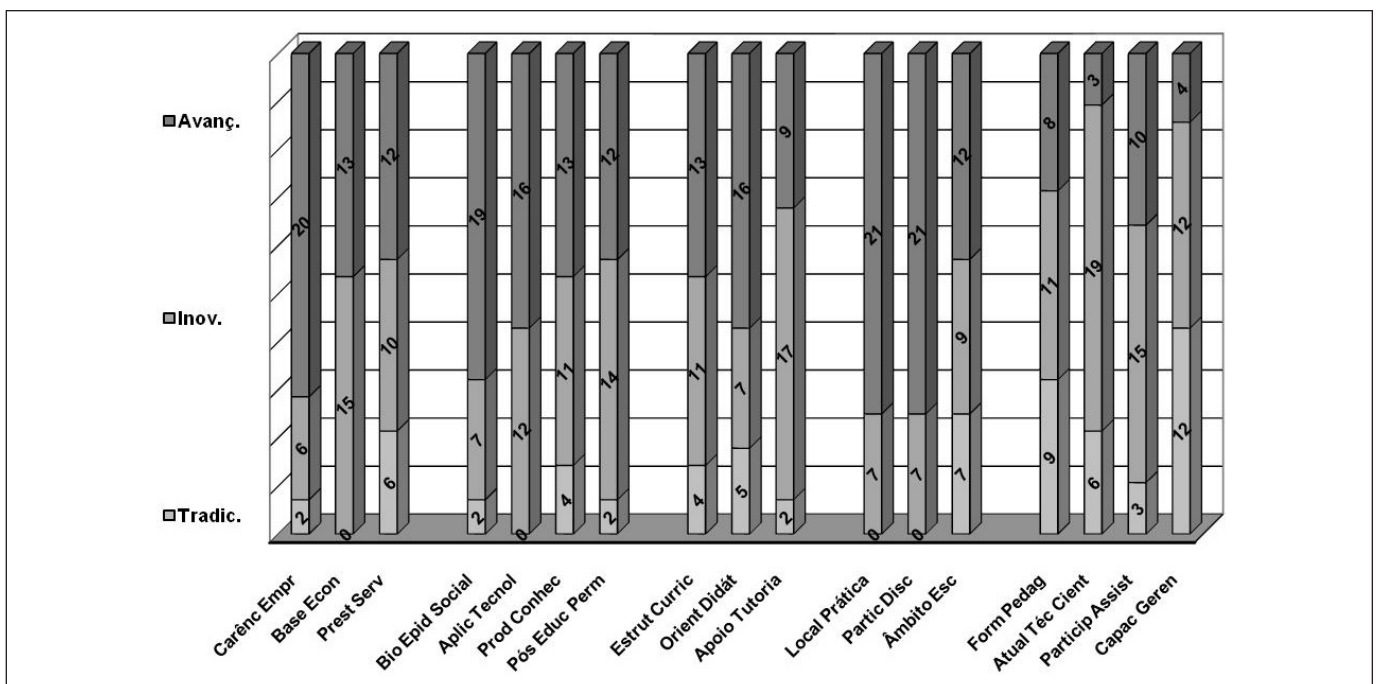


GRÁFICO 2

Os 17 vetores nos cinco eixos relevantes na avaliação das tendências de mudanças no curso de graduação de 28 escolas médicas brasileiras e o resultado obtido nas três alternativas – Caem/Abem, 2007.



simplesmente. O Local de Prática para o ensino também já não se atém ao ambiente hospitalar para este grupo de escolas. Assim como a Participação Discente, com a oportunidade de desempenhar ações práticas com supervisão docente, tem sido buscada por todas elas. Chama a atenção o vetor Atualização Técnico-Científica, no eixo Desenvolvimento Docente, em que apenas três escolas se colocam no nível 3, avançado, apresentando-se como o vetor de menor investimento na instituição. Daí se pode depreender que este aspecto da docência fica por conta e iniciativa do interesse profissional do professor, talvez ligado a outras atividades não essencialmente da docência.

No modelo tradicional, o critério de capacitação para as funções que o docente exerce na escola se limita à titulação superior (graduação, especialização, mestrado, doutorado); nas instituições públicas, limita-se à aprovação/seleção em concurso, que, apesar de todo o avanço do conhecimento, conserva os mesmos critérios e características usados na primeira metade do século XX¹³.

DISCUSSÃO

Entre as tipologias das escolas médicas obtidas neste estudo, verifica-se a presença de alguns fatores limitantes que perpassam todas as tipologias das escolas e que persistem historicamente na formação ministrada nos cursos de Medicina, podendo comprometer a qualidade desta formação. Um deles se refere à fragmentação do conhecimento, e o outro, à falta de investimento no processo de desenvolvimento docente nos cursos.

O desenvolvimento docente está intimamente relacionado ao projeto pedagógico que se pretende nas escolas médicas. Afinal, são os professores que deverão levar adiante as propostas de reformulação curricular. Para que as propostas se realizem na prática, é necessário o comprometimento dos responsáveis por sua execução¹⁶. Tal compromisso só pode ser obtido por meio da formação crítica dos docentes em relação ao processo, ao curso, ao significado das transformações necessárias e às maneiras como podem ser efetivadas. Caso contrário, não passarão de formulações discursivas. Dito de outra forma, é importante esclarecer que tipo de professor é necessário para alcançar os objetivos curriculares.

O apoio da instituição à formação docente geralmente não ocorre nas universidades, como constatado neste trabalho: as carreiras profissionais se transformam em batalhas que cada professor tem de enfrentar com suas próprias forças mediante processos de autoformação, convertendo-se em processos lentos e incertos. Em alguns casos, acabam se consolidando vícios profissionais, práticas deficientes e enfoques equivocados sobre o que significa exercer a docência na universidade, não por incompetência individual, mas por falta de oportunidades para uma correta construção da profissionalização¹⁷.

Os pontos centrais da formação permanente dos docentes precisam ser planejados, considerados nos orçamentos e priorizados no contexto da universidade. É necessário que o tempo, que permite realizar estas atividades, seja também planejado e garantido.

Um fator imprescindível no desenvolvimento profissional docente é a reflexão sobre a prática executada^{18,19}. Para isso, a formação docente não deverá persistir de forma prescritiva, centrada nas deficiências da prática e nas dificuldades manifestadas pelos professores, e se contentar em preencher as lacunas detectadas na ação docente, pois existe uma grande distância entre o que é prescrito e o que é viável nas condições efetivas de trabalho docente.

Segundo Batista e Batista²⁰, no âmbito das concepções de formação docente existem duas dimensões: a formação como processo de reflexão e a formação como treinamento didático/exercício docente. Esses autores entendem a formação permanente como um processo “permeado pela intencionalidade e pela íntima relação com a prática que o docente materializa em seu trabalho pedagógico, constituindo um instrumento de transformação por meio da reelaboração dos saberes docentes”²¹. Afastam, assim, a idéia de treinamento para tarefas a serem reproduzidas ou de reciclagem como simples atualização pedagógica, episódica, acrítica e descontextualizada.

Quanto à fragmentação do conhecimento, o conhecimento veiculado historicamente nos cursos médicos é disciplinar, um tipo de conhecimento que, segundo Santos²², “tende a ser um conhecimento disciplinado, isto é, segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras das disciplinas e reprimir os que a quiserem transpor”. O autor considera que a hiperespecialização transformou o doente em “uma quadrícula sem sentido, quando, de fato, nunca estamos doentes senão em geral”.

Torres¹ assinala que, para que um corpo de conhecimentos possa ser etiquetado como disciplina, tem que cumprir uma série de requisitos. Devido ao forte peso do paradigma positivista, que desde o século XVIII vem controlando a ciência e o pensamento do Ocidente, geralmente as condições impostas às disciplinas obedecem à lógica desse paradigma.

Um dos reflexos imediatos da disciplinarização é a “compartimentalização” do conhecimento, que tem pontos tanto positivos – como, por exemplo, facilitar o acesso aos saberes, às informações contidas em cada disciplina, como se estas fossem “arquivos”, e os professores, de certa forma, “arquivistas” –, quanto negativos, quando impede a percepção da possibilidade de interconexão entre as várias disciplinas ou entre as gavetas dos arquivos²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Análise e síntese são operações inversas, embora complementares. A análise decompõe a realidade para descobrir os elementos que a constituem; a síntese reconstrói a mesma realidade, a partir dos elementos separados pela análise. O momento da síntese não se reduz a uma mera reordenação das partes, mas constitui uma superação do momento da análise, que, por sua vez, poderá levar a novas análises e a novas sínteses. Assim, torna-se significativa uma síntese das conclusões e reflexões extraídas no decorrer desta etapa do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras.

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

É preciso uma avaliação crítica das estruturas administrativas das instituições formadoras, que devem estar preparadas para internalizar as transformações necessárias à formação médica e colocá-las em prática, num constante processo de reflexão-ação-reflexão que não deverá se processar de forma unilateral, mas coletivamente, partindo da premissa de que existe uma unidade de ações a ser alcançada pelos dois pólos: estrutura administrativa e estrutura didático-pedagógica.

Reforça-se com isso a importância das ações coletivas, vistas como um somatório de competência e atitudes, canalizadas para os objetivos das escolas médicas como um todo. Isto porque, apesar de sua natureza determinante, as condições em que o ensino ocorre não se dão sem a participação dos professores, que, como sujeitos ativos, podem interferir nas condições em que realizam seu trabalho.

O produto desse primeiro momento, além da tipologia de 28 escolas, aponta as justificativas e evidências de mudanças percebidas pelos atores sociais (docentes, discentes, técnico-administrativos e outros), que mostram ser necessária a continuidade da proposta do projeto para efetivar o movimento interno de construção do processo auto-avaliativo da escola. No segundo momento, para a construção de indicadores, e no terceiro momento, para a sistematização dos dados, análise e recomendações com a estruturação do relatório, quando, en-

tão, se fecha o ciclo de construção do processo avaliativo proposto pelo projeto.

Ao final, fica a recomendação da continuidade do processo, que deve repetir estas etapas sistematicamente, de forma construtiva, em períodos regulares (semestral, anual, bianual), a critério da instituição, de forma que a avaliação esteja conectada ao planejamento institucional.

REFERÊNCIAS

1. Torres J. Globalización y interdisciplinariedad: el curriculum integrado. Madrid: Ed. Morata; 1994. 273 p.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 1 novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Câmara de Educação Superior; 2001.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Brasil. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior; 2004.
5. Lampert JB. Tendência de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de atenção básica. Brasília: MS; 2006. Série Pactos pela Saúde.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Seminário Internacional: os desafios do ensino da Atenção Básica na Graduação em Medicina; 2007 jul. 18-21; Brasília.
8. Associação Brasileira de Educação Médica. Comissão de Avaliação de Educação Médica. Projeto Avaliação de tendências de mudanças nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras. [online]. Rio de Janeiro: Abem; 2006. [acesso em]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br>
9. Lampert JB. Avaliação da Escola Médica. Mesa-redonda e Grupo de Trabalho no Fórum das Escolas Médicas ocorreu no XLIII COBEM da Abem em Natal/RN; 2005.
10. Almeida MJ. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: Abem; 1999.
11. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina, Rede Unida, Rio de Janeiro, Abem, 2002.
12. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo Hucitec, Rio de Janeiro, ABEM, 2004.
13. Rosa AR. Processo seletivo de professores universitários: contribuição a seu estudo. Baseado na dissertação apresen-

- tada como requisito para obtenção de grau de Mestre em Educação IESAE/FGV. Rio de Janeiro; 1980.
14. Moreira AFB, Silva TT. Currículo, cultura e sociedade. São Paulo: Cortez; 1994. p.39-58.
 15. Freire P. Ação cultural para a liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
 16. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Méd.* 2007;31:21-30.
 17. Zabalza MA. O ensino universitário: seu cenário e protagonistas. São Paulo: Artmed; 2004.
 18. Schon D. Educando o profissional reflexivo. Porto Alegre: Artmed; 2000. 256 p.
 19. Schon D. Formar professores como profissionais reflexivos. In: Nóvoa A. (Org.) Os professores e sua formação. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1997. p.77-91.
 20. Batista N, Batista SH. (Org.). Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo: Senac; 2004. p.17-31.
 21. Batista NA, Souza da Silva SH. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. *Rev Bras Educ Méd.* 1998;22(2/3):31-36.
 22. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 11^a ed. Porto: Afrontamento; 1999. 58p.
 23. Gallo S. Conhecimento, transversalidade e currículo. Trabalho apresentado na 18^a Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação-ANPED. Caxambú; 1995. p.44-50.

Apoio: Convênio n 1614/2007 – Fundo Nacional de Saúde/MS.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jadete Barbosa Lampert
Rua Dr. Pantalhão, 233 – apto 602 – Centro
CEP. 97010-180 – Santa Maria – RS
E-mail: jadete@uol.com.br