

Roberta Fernandes Franz

**Implementação das reformas curriculares no
Ensino Médico do Brasil após um ano das Diretrizes
Curriculares Nacionais: um estudo a partir de 8
Escolas Públicas Federais da Região Sul do Brasil**

Projeto de Pesquisa apresentado
à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana
como Trabalho de Conclusão de
Curso de Especialização em
Educação Médica.

Orientador:
Professor Dr. Nildo Alves Batista

FOZ DO IGUAÇU – PR

2014

1 - INTRODUÇÃO

A formação médica passa por um período de grandes mudanças e reflexões. Com o desenvolvimento das tecnologias na medicina, a formação médica tornou-se cada vez mais especializada e fragmentada, centrada na doença, na perspectiva biologicista, focada na racionalidade científica (BOELEN, 2002; PAGLIOSA et al, 2008). A ênfase ao modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista, desconsiderando outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização de serviços de saúde, reservando pequeno espaço para as dimensões sociais, psicológicas e econômicas da saúde e para a inclusão do amplo espectro, que vai muito além da medicina e seus médicos (PAGLIOSA et al, 2008).

As mudanças político-econômicas e as políticas públicas de atenção à saúde sofreram, ao longo dos anos, as mais variadas abordagens por distintos governantes. A partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, ficou estabelecido que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Tem-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual passou a representar uma enorme conquista para a cidadania.

A nova proposta materializada pelo SUS propõe uma integração entre medicina curativa e preventiva e criou novos postos de trabalho para os médicos dentro da rede básica para atuar na atenção primária à saúde numa perspectiva da medicina geral (CRUZ, 2004). O modelo biopsicossocial surge a partir da necessidade de buscar uma visão holística do homem, em que aspectos psicológicos e sociais são intrinsecamente vinculados aos aspectos biológicos (ALMEIDA et al, 2005).

Paralelo a este avanço assistencial, as entidades que congregam os profissionais responsáveis pela elaboração do currículo do ensino médico passaram a discutir e permutar conhecimentos para a construção

de um novo modelo, uma verdadeira transformação da educação médica (Neto, 2008). Cada vez mais, percebe-se a necessidade de formar médicos reflexivos, éticos, conscientes e sensíveis à pessoa humana e ao seu contexto social.

Neste movimento, foram constituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, publicadas em 2001 e revistas em 2014.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser, necessariamente, adotados por todas as instituições de ensino superior. As DCNs Medicina possibilitam que os currículos propostos possam construir o perfil acadêmico e profissional dos egressos, constituído por competências, habilidades e conhecimentos, com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, com profissionais capacitados 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 (DCN, 2014). Foram publicadas no Diário Oficial da União em junho de 2014 e contemplam que as instituições de ensino deverão implementar as novas diretrizes num prazo de 1 (um) ano.

O objeto de estudo deste trabalho é investigar a implementação das reformas curriculares no ensino médico.

A possibilidade de desenvolvimento deste estudo se deu no contexto de um curso Pós Graduação Lato Senso em Educação Médica na cidade de Foz do Iguaçu, PR. Mudanças no cenário político e econômico trouxeram um curso novo de Medicina para a região do Oeste do Paraná, para a Universidade da Integração Latino Americana (UNILA),

da qual faço parte como docente, assim como cursos de Especialização para a formação de docentes.

Este estudo é parte de um projeto de conclusão do curso de Pós-Graduação.

2 - OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar a implementação das reformas curriculares no ensino médico de escolas públicas federais da região Sul do Brasil a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas em 2014.

Objetivos Específicos

- Apreender as concepções dos membros do NDE sobre os principais marcos das novas DCNs
- Conhecer a influência das novas DCNs no cotidiano das Escolas médicas públicas federais da Região Sul do Brasil
- Identificar as mudanças das escolas médicas públicas da região Sul do Brasil ocorridas após a promulgação das DCNs.
- Levantar os principais desafios para o planejamento/implementação das mudanças necessárias para a incorporação das novas DCNs

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

“Confiro-vos o grau de médico. Podeis exercer a Medicina”

A partir do momento solene da formatura, um jovem recém graduado está apto a exercer a Medicina. Mas será que o ensino médico atual é capaz de formar profissionais aptos a exercer a Medicina e a atender as necessidades básicas de saúde da população? Este médico apresenta competências necessárias para atuação profissional? Estes questionamentos tem sido feitos ao longo da história da formação médica.

Parece haver um consenso de que a forma como os médicos assistem seus pacientes está inadequada e que para mudar essa situação é preciso reformular a formação médica (CRUZ, 2004).

As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina (DCN 2014).

O ensino médico brasileiro vem, nas últimas décadas, passando por um importante processo de reflexões e avaliação (OLIVEIRA et al, 2003), com a crescente percepção de que sem profissionais formados com um novo perfil será impossível a reorganização dos modelos de atenção à saúde preconizados pelo SUS (Ministério da Saúde, 2002). Não há dúvida de que a má formação dos médicos e a precária assistência médica corrente no país tem inúmeras causas, entre elas a má qualidade de ensino de muitas escolas de Medicina. (OLIVEIRA et al, 2003).

O modelo curricular vigente ainda hoje, na maioria das faculdades, remontam ao modelo flexneriano, implementado no Brasil, a partir de 1968, com a Reforma universitária proposta pelo regime militar (PAGLIOSA et al, 2008). Neste modelo, as escolas médicas devem estar baseadas em universidades e os programas educacionais devem ter uma base científica (BOELEN, 2002). O estudo da medicina é centrado na doença, na perspectiva biologicista, com a formação laboratorial no ciclo

básico e a formação clínica nos hospitais, o currículo estruturado em disciplinas isoladas que pouco interagem e contribuem para a formação do egresso (PAGLIOSA et al, 2008; ALMEIDA FILHO, 2010; LAMPERT, 2002).

Este modelo focado no processo saúde-doença unicausal, biologicista, reserva pouco espaço para as dimensões sociais, psicológicas e econômicas da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde (PAGLIOSA et al, 2008). Assim, o estudante volta-se para uma especialização em uma fase muito precoce de sua formação, restringe o conhecimento, foca no perfil biológico da doença e descuida da abordagem da saúde do ser humano como um todo (LAMPERT, 2002).

A formação do médico transformou-se no somatório empobrecido de uma infinidade de recortes especializados, superpostos e muitas vezes contrapostos, cuja possibilidade de integração torna-se um exercício formal e abstrato, em boa parte dos casos sob inteira responsabilidade do aluno (FACCHINI et al, 1998).

Neste contexto, discute-se as necessidades de mudanças no ensino médico e visualiza-se um processo integrativo na implementação de um novo paradigma em saúde, sugerindo uma orientação mais adequada das distintas fases do processo de desenvolvimento de recursos humanos, que inclua a formação básica e especializada e seu aproveitamento, com uma distribuição mais adequada às necessidades dos serviços, além, naturalmente, do acompanhamento para seu contínuo aperfeiçoamento e atualização. (FERREIRA, 2001).

Ciente da necessidade de implementação de reformas nos currículos dos cursos de medicina, a Associação Brasileira de Medicina (ABEM) procurou consolidar alianças com associações médicas, educacionais e representativas dos docentes e alunos e constituiriam a CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), no entendimento de que a formação do médico não é de responsabilidade

exclusiva da instituição superior, mas deve ser também partilhada com o Estado e a sociedade civil (STELLA et al, 2008).

A participação da CINAEM, a promulgação da lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1995/ 1996), o Projeto da Rede de Apoio à Educação Médica (RAEM) da ABEM (1997), os projetos de integração docente assistencial (IDA) e os projetos UNI da Fundação Kellogg (Rede Unida), contribuíram para o avanço na discussão e formulação de diretrizes para o ensino médico brasileiro. Em 2001, foi aprovado no plenário do Conselho Nacional de Educação e publicado no Diário Oficial da União as Diretrizes Curriculares Nacionais.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser, necessariamente, adotados por todas as instituições de ensino superior. As DCNs Medicina possibilitam que os currículos propostos possam construir o perfil acadêmico e profissional dos egressos, constituído por competências, habilidades e conhecimentos, construídos a partir de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, tornando-os capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS, definido na Lei 8.080/90, como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (DCN-2014).

A publicação das DCNs em 2001 foi um importante marco histórico para a modificação do ensino médico. Com o apoio da Associação Brasileira de Educação Médica, houve o encontro oficial do Ministério da Educação e da Saúde para a formulação de diretrizes no ensino médico brasileiro e implementação de um programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas (Promed) (LAMPERT, 2002).

A transformação do ensino médico, que até então era estimulada por movimentos da sociedade civil, passou a ser uma obrigação legal.

Obrigação de alcançar a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do profissional médico, desenvolvendo-se, entre outras, as seguintes competências (DCN 2001):

- 1. Promover a saúde integral do ser humano e atuar, de acordo com princípios  ticos, no processo saúde-doença, com medidas de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, demonstrando senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.*
- 2. Atuar nos diferentes níveis de atendimento   saúde, com ênfase no primário e no secundário; diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios sua prevalência e potencial mórbido, bem como a eficácia da ação médica.*
- 3. Reconhecer suas limitações e encaminhar, de modo apropriado, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance de sua formação geral.*
- 4. Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos.*
- 5. Exercer a Medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas.*
- 6. Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, que sejam contemporâneos e hierarquizados, para a atenção integral   saúde.*
- 7. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.*

As DCNs de 2001 trouxeram um avanço de abrangência política e social no contexto das necessidades em saúde da população. Delineou o perfil profissional do médico egresso, com uma formação mais generalista, humanista, crítica e reflexiva. Ainda, ao estabelecer competências e

habilidades gerais e específicas, enfatizou a formação voltada para a saúde, cidadania, comunidade e atuação em equipe. Também, ao estabelecer a integração ensino-serviço, vincula a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (LAMPERT, 2002).

Na reorganização do currículo, os conteúdos essenciais devem estar relacionados com todo processo saúde-doença do cidadão, da família, da comunidade integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando integralidade das ações do cuidar em medicina. Ainda, reporta a necessidade de conteúdos básicos da formação técnica do médico que deverão ser comuns a todas as escolas. Contempla a montagem coletiva do projeto pedagógico, centrado no aluno como sujeito de aprendizagem e, tendo o professor, como facilitador deste processo (STELLA et al, 2008).

Passados mais de 10 anos da homologação das Diretrizes curriculares Nacionais, as análises e reflexões publicadas por especialistas em educação médica demonstram avanços introduzidos pela implementação deste documento (ABDALLA et al, 2009). Contudo muitos destes avanços na prática ainda se limitam ao desenvolvimento de atividades de produção de conhecimento insuficientes para descaracterizar o modelo tradicional (ABDALLA et al, 2009; LAMPERT et al, 2014).

No contexto de desafios ainda não vencidos na primeira década de vigência da norma e de novas demandas que emergem da realidade da área de saúde nos diferentes contextos socioeconômicos, bem como a aprovação em outubro de 2013 da Lei do Programa Mais Médicos, as DCNs necessitavam ser revistas. São determinações da nova Lei:

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada

pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Diante disto, em junho de 2014 as novas DCNs do curso de Medicina foram publicadas no Diário Oficial da União. Este novo documento, assim como no de 2001, determina o perfil do médico egresso, e propõe currículos constituídos por competências, habilidades e conhecimentos.

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde.

A formação do médico mediante a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para o exercício profissional tem por objetivo desenvolver uma prática competente pautada nos seguintes

princípios:

- I- Atenção à saúde: acesso universal e equidade em saúde, integralidade e humanização do cuidado, qualidade e segurança, preservação da biodiversidade ambiental com sustentabilidade e melhoria da qualidade de vida, ética profissional, promoção da saúde, cuidado centrado na pessoa sob cuidados.
- II- Gestão em saúde: gestão do cuidado, valorização da vida, tomada de decisões, comunicação, liderança.
- III- Educação em saúde e Educação continuada: aprender a aprender, aprendizagem interprofissional, aprender com o erro, envolvimento na formação, mobilidade acadêmica e formação de redes.

As novas DCNs trazem maior especificidade com a redefinição das áreas de competências. Existem definições de áreas, subáreas, ações-chave, desempenhos e seus descritores. E estes devem estar contemplados nas reformas curriculares e servirão como facilitador para a comparação entre currículos.

Outra modificação é relacionada ao estágio curricular obrigatório de formação em serviços, em regime de internado, com carga mínima de 35% da carga horária total do Curso, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias, estabelecidas por meio de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, e sob supervisão dos docentes ou preceptores da própria Escola/Faculdade. Da carga horária do estágio curricular, 30% deve ser desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato. Os 70% restantes devem ser divididos nas outras áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental. Outra mudança no documento foi a definição de carga horária máxima: 12 horas diárias e 44 horas semanais.

Para a implementação e desenvolvimento das DCNs, os cursos de Medicina deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, a fim de permitir os ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento. Estas avaliações serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), ocorrerão a cada 2 anos e serão de caráter obrigatório e classificatório para os Programas de Residência Médica das Instituições Federais de Educação Superior ou mantidas por entes das três esferas gestoras do SUS.

Como instâncias e mecanismos que podem contribuir para a qualidade da implementação do projeto pedagógico, o Curso de Graduação em Medicina deverá:

- a) constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do Projeto Pedagógico do Curso, em consonância com a Resolução CONAES nº. 1, de 17 de junho de 2010;
- b) manter um programa permanente de Formação e Desenvolvimento do seu Corpo Docente, com vistas ao maior envolvimento dos professores no conhecimento, manejo e aplicação dos projetos pedagógicos, com maior compromisso, para a transformação da escola médica em práticas interdisciplinares e transdisciplinares, integradas à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde;
- c) manter um programa permanente de Formação e Desenvolvimento dos profissionais da rede de saúde, com vistas à melhoria do processo de ensino- aprendizagem, nos cenários de prática do SUS e da qualidade da assistência à população, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

Passados mais de 10 anos da publicação das DCNs de 2001, as reformas propostas pelo documento ainda não são totalmente atendidas na maioria das instituições de ensino médico. Este desafio será ainda

maior a partir de agora, tendo em vista que o prazo dado para adequação das escolas às novas DCNs é de um ano a partir da promulgação.

Diante da relevância deste tema, das modificações existentes e em andamento nas instituições de ensino médico e da necessidade de ajuste destes cursos às novas diretrizes, proponho-me a estudar a implementação das DCNs de 2014 após 1 ano da sua promulgação.

4 - METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo usamos como metodologia uma entrevista semi-estruturada coletiva com os Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) de cada instituição participante. Ainda, a análise documental dos Programas Pedagógicos dos Cursos (PPC) e a aplicação do software Sphinx Brasil para a identificação de palavras chaves prevalentes em cada PPC.

4.1- Fundamentação Metodológica

Para este estudo, optou-se por uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo-analítico, a qual utilizou delineamento transversal e abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar uma aproximação à uma temática, com vistas a torná-la mais explícita ou a construir hipóteses (GIL, 2007). A maioria destas pesquisas envolve levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o tema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão do assunto (GIL, 2007).

A pesquisa descritiva, como o nome ressalta, visa descrever as características de determinada população ou fenômeno por meio de técnicas padronizadas para a coleta de dados, como questionário e observação, além de prever um complemento analítico que merece atenção, uma vez que contém uma análise crítica do pesquisador em relação às ideias expressas pelo autor da bibliografia estudada (POLIT et al, 2004).

A pesquisa qualitativa se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, aprofunda o significado e a intencionalidade que, a rigor, qualquer investigação social

qualitativa deveria contemplar, trazendo para o interior da análise os aspectos subjetivos e os objetivos, os atores sociais, os fatos e seus significados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2010). Para Minayo, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4.2 - O Contexto da Pesquisa

O presente estudo teve como objeto a implementação das reformas curriculares no ensino médico das escolas públicas federais da região Sul do Brasil a partir da promulgação das DCNs de 2014. A investigação compreenderá todas as escolas públicas federais dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que já estão formando profissionais. São 9 escolas nesta região, localizadas nas cidades de Curitiba, Foz do Iguaçu, Florianópolis, Porto Alegre, Santa Maria, Pelotas, Rio Grande e Passo Fundo, contudo 2 destas ainda não apresentam egressos do curso de Medicina, sendo assim, não foram incluídas na pesquisa. São elas a Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA), localizada em Foz do Iguaçu (PR) e a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), localizada em Passo Fundo (RS). Logo, foram incluídas as seguintes faculdades:

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Universidade Federal de Pelotas (UFPeI)

Universidade Federal de Rio Grande (FURG)

4.3 - População de Estudo

O presente estudo terá como população os professores componentes dos Núcleos Docentes Estruturantes de cada uma das instituições incluídas. Considerando que cada NDE é composto por cerca de 5 a 6 professores e que foram incluídas 7 escolas médicas, estima-se uma população em torno de 35 a 42 professores.

4.4 - Instrumentos de Coleta de Dados

Como primeiro momento da pesquisa, será realizado a análise documental dos PPCs dos cursos de Medicina e a aplicação do software Sphinx Brasil para identificação das palavras prevalentes em cada documento, a fim de destacar palavras chaves como **Atenção à saúde, Gestão em saúde e Educação em Saúde** que constam nas Diretrizes Curriculares Nacionais promulgadas em 2014 e que devem ser observadas na organização, desenvolvimento e avaliação dos Cursos de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país.

De acordo com Gil (2002), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

Segundo Pádua (1997, p.62):

Pesquisa documental é aquela realizada a

partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]

Em seguida, será feito um estudo exploratório e investigativo da realidade destes cursos, através de uma entrevista coletiva semi-estruturada com os NDEs de cada instituição, tendo o objetivo de identificar mudanças em andamento ou ocorridas após a promulgação das DCNs. Para a entrevista semi-estruturada, organizaremos um conjunto de questões (roteiro) sobre a influência das novas DCNs no cotidiano da instituição e sobre a implementação de mudanças após a promulgação as diretrizes (Apêndice 1). Estas entrevistas ocorrerão após reuniões dos NDEs em cada instituição.

Em uma entrevista semi estruturada, o entrevistador organiza um roteiro, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal (GERHARDT et al, 2009). Isto permitirá a obtenção de dados com elevado nível de profundidade e possibilita uma análise quantitativa e qualitativa (GERHARDT et al, 2009). A entrevista pode ser entendida como um diálogo aberto e franco, no qual um roteiro é o eixo orientador para a discussão de temas complexos de maneira interativa (MINAYO, 2004). As entrevistas não dirigidas constituem o principal instrumento de coleta de dados em pesquisas qualitativas no campo da saúde (FONTANELLA, 2006), e o subtipo semi-dirigida (ou semi-estruturada) é uma espécie de guia temático, que serve como roteiro para a condução do processo. Algumas questões-tópicos já são suficientemente conhecidas para serem propostas, porém o todo da entrevista não está predeterminado e nem as respostas

estão preditas (TURATO, 2003).

Todas as entrevistas serão gravadas em áudio e posteriormente serão devidamente transcritas e submetidas à análise com adequada metodologia qualitativa.

Esquema da coleta de dados:

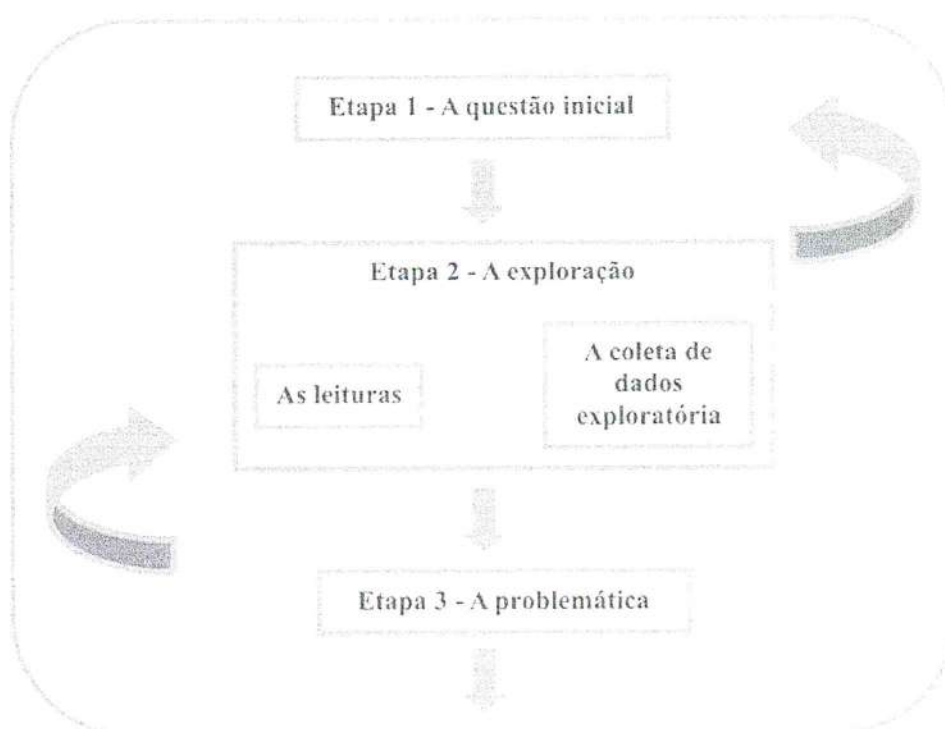


Figura 2 – Interação entre as três primeiras etapas da pesquisa
Fonte: QUIVY & CAMPENHOUDT, 1995.

4.5 - Análise dos Dados

Os dados transcritos das entrevistas, permitirão a obtenção de dados qualitativos que serão submetidos à análise de conteúdo, modalidade análise temática.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009).

A análise do conteúdo, foi utilizada inicialmente como uma técnica de pesquisa com vistas a uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa de comunicações em jornais, revistas, filmes, emissoras de rádio e televisão, hoje é cada vez mais empregada para análise de material qualitativo obtido através de entrevistas de pesquisa (MACHADO, 1991). Deve verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto (MINAYO, 2003), sendo considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema (VERGARA, 2003). A finalidade da análise de conteúdo é produzir inferência, trabalhando com vestígios e índices postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos (PUGLISI et al, 2005).

A análise temática pode ser explícita em tabelas, mas, em lugar de números, as células da tabela conteriam as falas particulares dos sujeitos entrevistados. Os próprios temas abordados nas entrevistas podem representar o objetivo da pesquisa (MACHADO, 1991).

A análise documental, realizada nos PPCs, fará um levantamento detalhado das características comuns, objetivos, movimentos de aproximação ou implementação das novas diretrizes curriculares.

4.6 – Procedimentos Éticos

Este projeto está em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos e será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA).

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sem constrangimentos, e com garantia do sigilo, os membros dos NDEs seguramente terão benefícios na medida em que os resultados da pesquisa poderão ser utilizados para o levantamento de medidas e aprimorando das atividades que visam a implementação das novas diretrizes curriculares nacionais.

Todas as instituições participantes assinarão o Termo de Autorização Institucional. Neste, serão incluídos dados referentes aos objetivos da pesquisa, bem como informações sobre a metodologia da coleta de dados.

Após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisa será desenvolvida.

5 - Cronograma

Esta pesquisa está planejada para ser executada em 24 meses. Para as análise documental estima-se um período de 6 meses, seguido da realização das entrevistas nos próximos 6 meses. Nos últimos 12 meses serão realizadas as etapas de análise completa dos dados e redação dos manuscritos.

Período Atividade	Fevereiro a julho de 2015	Julho a dezembro de 2015	janeiro a julho 2016	Julho a dezembro 2016
Revisão literatura	X	X	X	X
Aprovação Comitê ética	X			
Coleta de dados		X	X	
Análise dos resultados			X	X
Redação e apresentação do trabalho				X

6 - BIBLIOGRAFIA

ABDALLA I.G.; Stella R.C.R.; Perim G.L.; Aguilar-da-silva R.H.; Lampert J.B.; Costa N.M.S.C. Projeto pedagógico e as mudanças na educação Médica. Revista Brasileira de Educação médica. 33 (1 supl.1): 44-52; 2009.

ALMEIDA HO, Alves NM, Costa MP, Trindade EMV, Muza GM. Desenvolvendo competências em Comunicação: uma experiência com a Medicina Narrativa. Rev Bras Educ Med. 29(3):208-216; 2005.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BOELEN CA. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. Bull World Health Organ. 2002; 80(7): 592-3.

BRASIL, Ministério da Educação / Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologa em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES No 4, de 7/11/2001, [resolução online] em: <http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc>

BRASIL. Ministério da Educação / Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologa em 3/04/2014, Parecer CNE/CES No: 116/2014. [resolução online] em: <http://www.mec.gov.br> Parecer CNE/CES nº 116/2014, aprovado em 3 de abril de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes / MS, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

CRUZ, K. T. A formação medica no discurso da CINAEM. 2004. 312 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2004

FACCHINI LA, Piccini RX, Santos RC. Aspectos históricos e conceituais em educação médica.[1998]. Disponível em <http://www.unb.br/fs/pr33.htm>, acessado em 23/12/2005.

FERREIRA, J.R. A Ordenação da Formação de Recursos Humanos na Área da Saúde. Boletim ABEM. 29(2):10-11; 2001.

FILHO N.A. Recognizing Flexner: an inquiry into the production of myths in medical education in contemporary Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, 2010.

FONTANELLA, B.J.B.; Campos, C.J.G.; Turato, E.R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões

abertas por profissionais da saúde. Rev Latino-americana de Enfermagem 14(5); setembro-outubro, 2006.

GERHARDT T.E.; Ramos I.C.A.; Riquinho D.L.; Santos D.L. Estrutura do Gerhardt T.E.; Ramos I.C.A.; Riquinho D.L.; Santos D. L. Estrutura de projeto de pesquisa. In: Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira ; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL A.C. Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias. 4a ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAMPERT J.B. Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil. 2002. 219 fl. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002.

LAMPERT J.B.; Bicudo A.M. In: 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina/ Jadete Barbosa Lampert e Angélica Maria Bicudo, orgs. – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

MACHADO MNM. Entrevista de pesquisa: a interação entrevistador / entrevistado. Belo Horizonte. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade de Belo Horizonte; 1991.

MINAYO, M.C.S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.

NETO U.F. In PUCCINI, RF., SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 53-69. ISBN 978-85-61673-66-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>

OLIVEIRA J.E.D, Carrilo S.D, Almeida C.A.N. O papel de novas escolas de Medicina no Ensino Médico do Brasil. Pediatria Moderna. Vol XXXIX n5, maio 2003.

PÁDUA, E. M. M. de. O processo de pesquisa. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. Campinas: Papirus, 1997. p. 29 – 89. (Coleção Práxis)

PAGLIOSA F.L.; Ros M.A. O Relatório Flexner: Para o bem e para o Mal. Revista Brasileira de Educação Médica. 32(4)492-499; 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enferma- gem: métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUGLISI M.L.; Franco, B. Análise de conteúdo. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005

STELLA, R.C.R; Puccini R.F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina. In Puccini R.F., Sampaio L.O>, and Batista N.A., orgs. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social (on line). São Paulo: Editora UNIFESP, 2008.pp 59-69. ISBN 978.85.61673.66.6. Available from SCIELO Books <http://books.scielo.org>

TAQUETTE, S.R.; COSTA-MACEDO L.M.; ALVARENGA, F.B.F. Currículo paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de medicina da UERJ. Rev Bras Educ Med. 2003; 27(3): 171-6.

TURATO, E .R. Tratado da metodologia da pesquisa clí- nico-qualitativa. Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.

VERGARA, S.C. Projetos e relatórios de pesquisa em Administração. 4. ed.São Paulo: Atlas, 2003.

7- Apêndice

Apêndice 1: Roteiro das entrevistas

- 1- qual a influência das DCNs novas no cotidiano da instituição?
- 2- DCNs foram ou tem sido objetos de discussão na instituição
- 3- Na concepção do NDE quais os marcos mais importantes que as novas DCN trazem
- 4- A escola já implementou ou está implementando algumas mudanças após a promulgação das diretrizes?
 - 1- se sim: quais ?
 - 2- se não: porquê?
- 5- Se sim
- 6- Quais os principais desafios que o NDE está enfrentando para o planejamento/implementação das mudanças necessárias para a incorporação das novas DCNs

Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de pós graduação em Educação Médica intitulada: “Implementação das reformas curriculares no Ensino Médico do Brasil após um ano das Diretrizes Curriculares Nacionais: um estudo a partir de 8 Escolas Públicas Federais da Região Sul do Brasil”.

Sua participação envolve uma entrevista semi-estruturada coletiva, que será gravada se assim você permitir, e marcada previamente com o grupo de docentes do Núcleo Docente Estuturante do qual o Sr(a) faz parte. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345.

Atenciosamente

Aluna: Roberta Fernandes Franz
roberta.franz@unila.edu.br

Local e data

Prof. Dr Nildo Alves Batista
Nabatista11@gmail.com

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data