

Diretrizes curriculares do curso médico: o “GPS” precisa ser reprogramado?

National curriculum guidelines for the medical course: does the “GPS” need rerouting?

Maria Luísa Nobre¹

maria.lunobre@gmail.com

Daiane de França Falcão Leal¹

daianedefranca@hotmail.com

Lucas Marinho¹

lucasmarinhorl@gmail.com

José Diniz Júnior¹

dinizotorrino@gmail.com

Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira¹

lidianembm@yahoo.com.br

Francisco Edilson Leite Pinto Júnior¹

edilsonpinto66@gmail.com

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) constituem as direções para formação do currículo de um curso. As DCN do curso médico atual foram instituídas há quase uma década. Nesse período, o mundo passou por mudanças sem precedentes, e a educação médica não pode ficar para trás.

Desenvolvimento: O ensino médico no Brasil teve nos últimos 100 anos três principais modelos de ensino: desde o flexneriano, passando pela *Problem-Based Learning* (PBL), até o atual ensino baseado em competências. O entendimento de que o aluno é o centro do processo ensino aprendizagem já está enfatizado nas DCN de 2014, mas será que esse conceito está sendo implementado na prática das instituições de ensino superior? Como as DCN podem ajudar a guiar de forma mais clara e efetiva uma formação médica que vá além do conhecimento técnico e lapidar um profissional humanizado, ético e com olhar para o indivíduo e para a comunidade? Será que precisaremos “reprogramar” o Global Positioning System (GPS), a rota, das DCN depois de enfrentarmos tantas mudanças decorrentes da pandemia da Covid-19?

Conclusão: Apesar dos desafios, há crescente envolvimento do corpo docente das instituições de ensino superior nas melhorias necessárias para a formação médica atual.

Palavras-chave: Educação Médica; Aprendizado Ativo; Currículo; Instituições de Ensino Superior.

ABSTRACT

Introduction: The National Curriculum Guidelines (NCG) provide the directions which an undergraduate course must follow. The current NCGs for the medical course were established almost a decade ago. In this period, the world has undergone unprecedented changes and medical education cannot be left behind.

Development: Medical education in Brazil has been based on three main models in the last one hundred years: the Flexnerian, Problem-Based Learning (PBL), and the current competency-based learning. The concept that the student is the center of the teaching-learning process was already emphasized in the 2014 NCG, but is this actually implemented in practice by the universities? How can the NCG help guide a more clear and effective medical education that goes beyond technical knowledge and shapes a humanized ethical professional who views the needs of both the individual and the community? Is it necessary to reroute the GPS of the NCG after so many changes caused by the Covid-19 pandemic?

Conclusion: Despite the challenges faced, university faculties are increasing their involvement in implementing the changes required for today's medical education.

Keywords: Medical education, Active learning, Curriculum, Universities.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz

Editora associada: Cristiane Barelli

Recebido em 07/09/22; Aceito em 08/03/23.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo em um cenário de constantes e rápidas mudanças. A educação de forma geral precisou se reinventar para sobreviver à pandemia, e o processo ensino-aprendizagem que já vinha em contínua evolução ante os avanços tecnológicos dessa geração deu um salto. Os desafios atuais para educação médica brasileira vão muito além da dificuldade de inserção do estudante no ambiente de prática com segurança. É imperativa uma mudança de mentalidade para “aprendermos a aprender” o novo e volúvel “ensinar”.

Como importante documento, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) contêm orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior (IES). Essas orientações objetivam assegurar a flexibilidade, diversidade e qualidade da formação oferecida aos estudantes, além de prepararem o aluno para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

As DCN são então a bússola que norteia o caminho que deve ser percorrido na desafiadora tarefa de formar médicos. Dessa forma, podemos inferir que tão importante documento deve estar em constante evolução, atualização e crescimento; assim como está o mundo; assim como estamos nós mesmos.

As DCN atuais foram instituídas pela Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014¹. Apesar dos quase dez anos de existência, alguns pontos enfatizados permanecem de extrema importância atual. As DCN vigentes enfatizam a importância do uso de metodologias ativas de ensino, assim como o posicionamento do aluno como um personagem ativo. O aluno deve ser o centro do processo, e o papel do professor é guiar e orientar, e não transmitir de forma passiva as informações. Não há espaço para a mentalidade arcaica de que o professor é o detentor do conhecimento em uma era em que a tecnologia promoveu a onipresença da informação.

O planejamento da implementação de mudanças é essencial para uma transição efetiva. Bloom² e Bloom³ et al., em trabalho que revolucionou a forma de falar de educação, já traziam a importância de definir objetivos para planejar e estruturar o processo educacional de forma consciente. O primeiro passo para essa revolução da estrutura educacional é a capacitação dos docentes. É imprescindível que toda a equipe das IES abrace a mudança.

DESENVOLVIMENTO

Breve histórico do ensino médico no Brasil

O marco histórico do ensino médico no Brasil é, frequentemente, atribuído à criação do primeiro curso médico, em 1808, na Bahia, após a chegada da família imperial.

Entretanto, antes de isso ocorrer, já existiam médicos no país, bem como um sistema de formação de médicos. Até o século XV a medicina era baseada na observação, na experimentação e no negacionismo de influências metafísicas, sendo ensinada nos países europeus, majoritariamente, por membros do clero⁴.

Com o advento da Reforma Flexner⁴ ocorrida em 1910, nos Estados Unidos, o modelo universitário brasileiro sofreu sérias mudanças. Em 1968, durante o período militar, ocorreu uma reforma universitária (Lei nº 5.540) que instituiu os departamentos e dividiu a formação médica em dois ciclos: o básico, nos dois primeiros anos, e o profissionalizante, nos quatro anos subsequentes⁵. Entretanto, esse modelo de formação sofria duras críticas no que tangia ao privilégio do cientificismo de alto nível em detrimento da humanização dos futuros profissionais – habilidade abandonada durante as últimas décadas, embora haja tentativas para resgatá-la na contemporaneidade⁶. Nessa perspectiva, os estudantes de Medicina eram estimulados a se tornar pseudoespecialistas ainda na graduação, excluindo as ciências humanas do processo de formação e minimizando o entendimento do ser humano como um ser biopsicossocial.

Gradualmente, os currículos centrados em disciplinas de cunho hospitalocêntrico, focados principalmente no processo patológico, cedem espaço ao desenvolvimento de currículos que inspiram maior autonomia e participação ativa do estudante. As novas DCN de 2014, inclusive, frisaram em seus artigos a necessidade de mobilização dos estudantes para a participação no processo de ensino-aprendizagem por meio da implementação de metodologias ativas. Tais metodologias visam estabelecer novas abordagens que propõem a aprendizagem baseada nos seguintes princípios: resolução de problemas por meio da articulação entre os campos profissional e acadêmico, desenvolvimento de conhecimentos transversais por meio da atuação em equipes e complexidade dos conhecimentos em atividades pautadas na multidisciplinaridade⁷.

Entre as modalidades de metodologias ativas, destaca-se a *Problem-Based Learning* (PBL), a qual vem sendo instituída em diversas escolas médicas do país, sendo iniciada na década de 1990, mais precisamente na Faculdade de Medicina de Marília, em São Paulo. Esse modelo curricular desloca a aula do domínio do docente para o discente, transformando este no protagonista da construção do seu conhecimento e instigando a busca de respostas, formulação de hipóteses, produção e absorção de conteúdos. Nessa perspectiva, mudanças positivas foram observadas em médicos formados após a entrada em vigor das novas DCN, como a melhora na relação médico-paciente, entretanto ainda é necessário aprimorar a formação e o desempenho de generalistas⁷.

Pensando fora do slide

A tradicional aula expositiva está enraizada na prática da grande maioria das instituições de ensino. Os docentes preparam seus *slides*, expõem o conteúdo, perguntam se há dúvidas e encerram a apresentação. Dessa forma, o aluno tem uma propensão natural a se posicionar de forma passiva, com mínima interação dentro do processo ensino-aprendizagem. É preciso gastar energia para quebrar a inércia e sair da zona de conforto para evoluir.

As DCN de 2014 enfatizam a necessidade de posicionar o aluno no centro do processo e elevar o papel do professor de um mero transmissor de conteúdo para um mentor, que vai guiar o aluno durante sua trajetória. No entanto, há uma lacuna em como desenvolver e aplicar isso na prática. Esse desafio precisa começar no planejamento de como capacitar e envolver os docentes nessa mudança de paradigmas.

A tendência humana é querer replicar com o outro aquilo que aconteceu consigo próprio. Acreditamos que, se funcionou conosco, certamente funcionará com nossos alunos. E por que nossos alunos não ficariam satisfeitos em trilhar os nossos passos?! De certa forma, quebrar esse paradigma na educação nos expõe a falhar ao explorarmos um campo novo e desconhecido.

Wit et al.⁸ discorreram sobre os desafios da chegada dos estudantes de Medicina da geração Z, destacando a necessidade particular desses alunos de uma “chave de resposta” a cada fase do currículo. À medida que esses discentes navegam por um caminho acadêmico repleto de sobrecarga de informações e conteúdos, bancos de questões e avaliações padronizadas, uma consequência potencial é que se tornem cada vez mais preocupados em delinear os limites do que devem aprender e receber a afirmação de que chegaram à resposta correta⁸. Mas será que esse padrão é efetivo para construir atitudes e habilidades? Para formar médicos capazes de se conduzir em um mundo cada vez mais incerto, os educadores precisam ajudar os alunos a reconhecer que elaborar uma solução para um problema é muito mais complexo do que saber a chave de resposta.

Essa preocupação não é nova. Vieira et al.⁹, em 2003, fizeram uma pesquisa a respeito de tópicos das DCN e da percepção dos alunos da graduação em Medicina da Universidade de São Paulo (USP) acerca desse documento. Nesse trabalho, os autores identificaram que havia uma deficiência na formação na atenção primária, além de um predomínio do modelo pedagógico tradicional. Há quase 20 anos já existia a preocupação em descentralizar o ensino médico, tirar o foco do hospital e elevar a atenção básica, onde está o primeiro atendimento; tirar o foco do professor e elevar o aluno.

Capacitações de docentes

É imprescindível que os docentes estejam atualizados e estimulados a implementar as orientações das DCN. É necessário que as IES planejem de forma efetiva o preparo de toda a equipe pedagógica.

A capacitação da equipe tem o objetivo de fornecer ferramentas didático-pedagógicas para que possam ser utilizadas dentro e fora da sala de aula. Alguns exemplos de ferramentas consagradas pelo uso em metodologias ativas de ensino são: sala de aula invertida, simulações no laboratório de habilidades, elaborações de mapas conceituais, *Team-Based Learning* (TBL), em especial para grandes grupos, e a PBL.

Todas essas medidas aspiram a construir no discente, competências: capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidade e atitudes – utilizando os recursos disponíveis –, exprimindo-se em iniciativas e ações, que traduzem desempenhos capazes de solucionar os desafios que se apresentam à prática profissional.

Um trabalho realizado por Wagner et al.¹⁰ identificou uma porcentagem significativa de docentes de uma IES que já tinha feito uso de alguma metodologia ativa de ensino (90%). Ademais, 54% referiram ter realizado algum tipo de capacitação, dos quais 67,7% relataram que ela não foi suficiente para dar densidade teórica ao processo ensino-aprendizagem com metodologias ativas.

Além disso, é preciso também alinhar os métodos avaliativos. A avaliação dos estudantes deve ser contínua e formativa. Se buscamos edificar competências no aluno, dificilmente conseguiremos constatar isso em uma prova de marcar “x”. Além disso, podemos inferir aqui o conceito de que o processo avaliativo não deve ter apenas o aluno como objeto, mas todos os componentes inseridos no processo ensino-aprendizagem.

Inovar é preciso

Há uma lacuna nas DCN no que diz respeito a tópicos que cresceram exponencialmente nos últimos anos, evidenciados pela pandemia da Covid-19 como: telemedicina, direito médico, *marketing* médico e empreendedorismo. Além disso, um dos pilares abordados pelas DCN que é a gestão em saúde na prática é subestimado durante a formação, o que repercute catastróficamente no futuro com a escassez de gestores qualificados em saúde, tanto pública quanto privada.

Nesse sentido, é importante ressaltar que 28,3% dos médicos do país atuam exclusivamente no setor privado, com 50,2% atuando tanto no setor público como no privado¹¹. Diante disso, fica claro que, para capacitar os profissionais médicos em toda sua amplitude de atuação no mercado de trabalho, as DCN precisam ter uma visão mais holística e

incorporar conhecimentos que favoreçam essa abordagem, tais como profissionalismo, empreendedorismo e *marketing*.

Ainda mais porque, atualmente, os alunos de Medicina mostram-se confusos sobre o tema, desconhecendo alguns dos conceitos mais básicos¹². Nesse sentido, é notável a pobreza na literatura sobre o tema, o que certamente dificulta a difusão de conhecimento e a construção de projetos pedagógicos assertivos. Ademais, é sempre válido lembrar que o sistema privado de saúde atua de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar da justificada prioridade de inserção do estudante no SUS na formação médica atual. O fortalecimento de um não vem, necessariamente, em detrimento do outro. O consultório particular pode fazer parte do sistema único, por exemplo, quando um médico solicita na unidade básica de saúde um ultrassom para diferenciar um sopro cardíaco em um recém-nascido, o que pode ser feito em uma unidade privada de saúde, conveniada ao SUS.

É exatamente para esse caminho que o “GPS” do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) tem apontado, a partir de experiências exitosas, como a criação de uma disciplina optativa (Projeto de Inovação Tecnológica em Saúde – uma iniciativa, em conjunto, do Departamento de Cirurgia do curso de medicina e do Instituto Metrópole Digital – IMD), em que alunos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Engenharia Biomédica, Administração e Tecnologia da Informação aprendem a cultura da inovação em saúde e empreendedorismo com a elaboração de projetos, desenvolvidos por equipes multiprofissionais, totalmente voltados para aliviar as “dores” encontradas no SUS, tais como: gerenciamento de filas de paciente, acolhimento nas unidades básicas de saúde, saúde mental no estudante universitário, entre outras¹³.

Formação ética, humana e reflexiva

É imperioso destacar o esforço das DCN em incluir aspectos éticos e humanísticos nas grades curriculares, como as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais. Essa perspectiva permite uma multidisciplinaridade, a qual é tão importante para a formação de profissionais humanizados. Trata-se de estimular o estudante a formular um olhar atento à sua própria grade curricular, baseado nos conhecimentos sobre direitos humanos e dignidade da pessoa humana, fato que permite uma melhor adaptação aos cenários de prática e inspira responsabilidade ética e profissional.

Essa visão humanizada da medicina, evocada pelas novas DCN, é extremamente condizente com as necessidades da sociedade e adequada a elas. A missão de todo estudante ou futuro médico é, por conseguinte, impedir que ela se dissipe ao longo da jornada exaustiva do curso.

E o estímulo à formação de um profissional ético e humano passa também pelo ensino e acompanhamento do uso racional das redes sociais (Instagram, Facebook, TikTok, Twitter etc.). Infelizmente, cada vez mais nos deparamos com publicações estereotipadas, nos perfis de alguns alunos, que comprometem a dignidade do paciente e dos familiares, colocando toda a classe médica exposta ao constrangimento, como a matéria veiculada pelo Universo Online (UOL) em setembro de 2022¹⁴.

Em contrapartida, temos experiências exitosas como @discutindoHPV, em que o estímulo à prevenção do câncer do colo uterino é realizado pelos próprios alunos em direto contato com a comunidade¹⁵.

Inserção do egresso na comunidade

É interessante que as DCN do curso de graduação em Medicina instituem, ao longo de todo o seu texto, a preocupação com o estudante como um ser social ativo e participante na comunidade ao seu redor. Logo no início do texto, mais especificamente no artigo 3º, já se verifica uma preocupação em instituir um novo currículo voltado para uma formação humanista do futuro profissional, de modo que o indivíduo esteja apto a ter compromisso com a defesa da cidadania, a dignidade humana e a saúde integral do ser humano, de modo a quebrar a visão do médico como detentor do conhecimento e aquela do paciente como mero objeto de estudo.

Assim, é importante que, desde as matérias iniciais, seja apregoado que o estudante esteja em constante contato com a comunidade ao seu redor, a fim de que o conteúdo que é aprendido em sala de aula possa ser aplicado e a troca de experiências seja estimulada. Esse objetivo, inclusive, consta no artigo 29, inciso VI, das DCN:

A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: [...] VI – inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem [...].

É o início para a sonhada *social accountability*.

CONCLUSÕES

Colocar em prática os conceitos apresentados nas DCN é um desafio nos cursos médicos, porém cada dia mais alcançável. O envolvimento do corpo docente no tocante a impor melhorias no ensino médico tem se mostrado, felizmente, uma realidade cada dia mais presente nas faculdades de todo o país. E os frutos dessa decisão já podem

ser observados em profissionais mais humanizados e com olhar mais sensível às necessidades do paciente.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Edilson Leite Pinto Júnior idealizou o artigo. Maria Luísa Nobre, Daiane de França Falcão Leal e Lucas Marinho escreveram o manuscrito. José Diniz Júnior, Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira e Francisco Edilson Leite Pinto Júnior revisaram e complementaram o trabalho. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União; 23 jun 2014.
2. Bloom BS. Some major problems in educational measurement. *J Educ Res.* 1944;38(2): 139-42. doi: <https://doi.org/10.1080/00220671.1944.10881321>.
3. Bloom BS, Krathwohl DR, Masia BB. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: D. McKay; 1956.
4. Rego S. Educação médica: história e questões. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
5. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002 [acesso em 22 jul 2022]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4369>.
6. Santana JP de. O paradoxo da educação médica. *Boletim da Abem.* 2000;28(4):5.
7. Machado CMB, Wuo A, Heinzle M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(4):66-73.
8. Witt EE, Onorato SE, Schwartzstein RM. Medical students and the drive for a single right answer: teaching complexity and uncertainty. *ATS Scholar.* 2021;3(1):27-37. doi: <https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2021-0083ps>.
9. Vieira JE, Lopes Junior A, Basile MA, Martins MA. Identificação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelos alunos da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Educ Med.* 2003;27(2):96-103. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v27.2-004>.
10. Wagner KJP, Martins Filho LJ. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: uso, dificuldades e capacitação entre docentes de curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(1): e028. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210356>.
11. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020.
12. Alves FHC, Torres FP, Suto HS, Azevedo LSL, Barbosa MM, Pedro RM, et al. Percepções de alunos de Medicina sobre marketing médico. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(3):293-9. doi: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022012000500002>.
13. Pinto Júnior FEL, Rodrigues AGCRD, Fernandes LA. Disciplina de projeto de inovação tecnológica – o futuro começou ontem... Anais do Congresso Brasileiro de Educação Médica; 2021 ; Virtual; Organização da Associação Brasileira de Educação Médica. – Brasília: ABEM, 2021. [acesso em 23 de agosto de 2022]. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2021/12/59-COBEM-ANAIS-COMPLETO_Rev1.pdf.
14. Santos A. Estudante de Medicina ironiza morte de paciente: “Morreu e eu não dormi”. UOL; 9 fev 2022 [acesso em 23 de agosto de 2022]. Disponível em: noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2022/02/09/estudante-de-medicina-ironiza-morte-de-paciente-morreu-e-eu-nao-dormi.htm.
15. Freire DPS, Pinto Júnior FEL, Torres AS, Silva RTS, Holanda RAF. O papel das redes sociais na prevenção do câncer de colo uterino. Anais do Congresso Brasileiro de Educação Médica; 2020; Virtual; Organização da Associação Brasileira de Educação Médica. – Brasília: ABEM, 2020 [acesso em 23 de agosto de 2022]. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wpcontent/uploads/2021/02/Anais_58COBEM_Rev1.pdf.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.